بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الخرطوم

<u>كلية الدراسات العليا</u>

كلية الآداب

العلاقة بين تعاطي الحشيش ومستوي الإكتئاب النفسي وسط طلاب الجامعات بولاية الخرطوم

بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس العلاجي

إعداد/

ياسر عبد الرحيم الماحي

إشراف/

د. كامل ميرغني

2001م

قال تعالى :

﴿ يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الأَرْضِ حَلالاً طَيِّباً وَلاَ تَتَّبِعُواْ خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُّبِينٌ ﴾

صدق الله العظيم

سورة البقرة الآية 168

الإهداء

إلى ...

أستاذي بن فسير/ الزبير بشير طه

مازلت أنت . . . أنت

تألق يا وسام الليل في ابتهال

فأصبحت هالات نور على كل وجه وباب

نحن صغار في مدرسة الكلمة

غايتنا أن نتعلم منك حرف هجاء

الشكر والتقدير

الشكر أولاً وأخيراً لله رب العالمين ، ومن بعد لكل من اسهم في هذا العمل أياً كان هذا الاسهام ومهما صغر.

الشكر والتقدير إلى استاذي الدكتور/ *كامل ميرغني* على ما قدمه لي من نصح إرشاد وتوجيه من خلال إشرافه على هذا البحث حتى رأى النور.

الشكر والتقدير إلى استاذي الدكتور/ ***محمد توم موسى*** الذي كان عوناً لنا في كل أمر.

الشكر والتقدير إلى الاستاذ/ ***عبد الوهاب عثمان سراج*** الذي كان أنموذجاً لنا في كل شئ، ومفتاحاً لحل أي عائق.

والشكر للأخوة بوحدة الطب النفسي الذين هّيأوا لي الجو المناسب لاتمام هذه الدراسة.

والشكر والتقدير لأخوتي وزملائي *انتصار، حاتم، سامي، مجاهد، علي.*

والشكر للأخت مروه التي صبرت عليّ كثيراً في طباعة هذا البحث.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة لمعرفة علاقة إدمان الحشيش بالاكتئاب ومن ثم التوعية بخطورة إدمان الحشيش ودراسة وجود علاقة بين نوع الطلاب والتعاطي وكـذلك مقارنة ما بين المساقين العلمي التطبيقي والأدبي النظري للكليات من حيث درجة التعاطي ومستوي الاكتئاب.

أخذت عينة الدراسة من مجتمع مدمني الحشيش وسط طـلاب كـل مـن جامعات الخرطوم، النيلين، السودان، الاحفاد بولاية الخرطوم.

استخدمت الدراسة مقياس بك المصغر لقياس درجة الاكتئاب، وتم استخدام مقياس كاي وسبيريمان لمعرفة نتائج الارتباطات، واختبـار (ت) للفـروق بـين مجموعتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين المجموعات.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها:-

انتشار إدمان الحشيش بصورة أكبر بين الطلاب الـذكور، كمـا ينتشـر الحشيش وسط طلاب السنوات النهائية (الرابع والخامس) بصورة مقارنة بالسنوات الأخرى، وكذلك ينتشر بصورة أكبر يبن طلاب الكليات العلمية وأنه توجد علاقـة ارتباطية بين إدمان الحشيش ومستويات الاكتئاب لدي طلاب الجامعـات بولايـة الخرطوم.

وأوصت الدراسة إلى لفت نظر المجتمع إلى خطـورة وانتشـار إدمـان الحشيش وسط طلاب الجامعات كظاهرة سالبة حديثة، أيضاً تمت دراسة أسـباب تعاطي المخدرات النفسية والاجتماعية والوقاية منها، كما أوصت بوضع مراكـز متخصصة للعلاج من الإدمان.

Abstract

The study aimed at investigating the relationship between Hashish addiction and depression. It also aimed at informing of the danger of Hashish addiction, and providing good ways of protection.

The study is based on four assumptions. First, a positive correlation between Hashish taking and level of depression among the university students in Khartoum State. Secondly, Hashish addiction is more common among the male students. Thirdly, Hashish addiction is more common science students. Fourthly, there's no significant statistical differences in the degree of depression that can be attributed to the faculty type among Hashish addicts.

The study sample was n selected from the University of Khartoum, Al – Nilain University, Sudan University of Science and Technology and Al- Ahfad University.

The study has used Beck measurement of depression, while "chi" sgin and Spearman one measurements have been used to calculate correlation. T – test has also been used to measure the differences among the groups.

The findings have indicated that Hashish was more taken by male students, specifically the finalist ones (Fourth and Fifth level). It was also widely taken by science faculties students. The study has also shown a correlation between Hashish addiction and depression levels among the university students in Khartoum State.

The study has recommended that the community should be made aware of the danger of Hashish addiction among the university students. The study has also recommended methods of protection against narcotics taking, and the establishment of specialized centres for medicating the addicts.

المحتويات

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات

الفصل الأول

المقدمة

تمهيد:

تعتبر مشكلة المخدرات من المشاكل المعاصرة التي أخـذت فـي الزيـادة بشكل ملفت، كما أن اتساع انتشار هذه الظاهرة أدي إلى اتسـاع رقعـة أثارهـا السالبة. ومن أفضل النعم التي جاد بها الله سبحانه وتعالي على الإنسان وأقيمهـا نعمة العقل والتي ميزه بها عن سائر المخلوقات.

لكن في بعض الأحيان يلجأ الإنسان إلى تغييب هذا العقل اختيارياً أو إجبارياً بقصد أو عن غير قصد بوعي وفهم وإدارك أو بدونا.

المخدرات بمختلف أشكالها وتأثيراتها تعتبر واحدة من أكبر المهددات التي يمكن أن تدمر طاقات الشباب لأنها تستهوي وتغري متعاطيها بتوفير أجواء مـن المرح والانتعاش الوهمي وغيرها من المغريات الأخرى.

علاقة المخدرات مع الأمراض النفسية علاقة وثيقة ومتبادلة، بمعني أن أي واحد منهما ربما يتسبب في الآخر. ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً كمسبب أو كنتيجة للتعاطي والإدمان.

أهمية البحث:-

نسبة لقلة المعلومات المتوفرة على المخدرات جاء هـذا البحـث كخطـوة لتسليط عليها ومناقشة الدراسات السابقة التي تناولت هـذه المشـكلة والخـروج بتوصيات ومقترحات تساعد في هذا الأمر. ولدرء هذه المخاطر عن المجتمع لابد أن تتضافر الجهود وتتوفر المعلومات التي تمكن الأفراد من تجنب هذا الخطر قبل حدوثه لأن درهم وقاية خير من قنطار علاج.

مشكلة البحث:-

هدفت الدراسة لبحث وجود علاقة بين تعاطي الحشيش ومرض الإكتئـاب النفسي، كما هدفت أيضاً لبحث الفئات التي ينتشر بينها التعـاطي ودرجـة هـذا الانتشار، والباحث تعامل علاجياً مع عدد لا بأس به من متعـاطي المخـدرات، وبحكم مكان عمله (وحدة الطب النفسي – جامعة الخرطوم) كان معظم الذين تعامل معهم من طلاب الجامعات والذين كان يظن بأنهم الأبعد عن مثل هذه الممارسات.

الشيء الذي يسترعي الانتباه بأن معظم هؤلاء الطلاب لم يحضروا للعلاج من التعاطي أو الإدمان لكن من الاكتئاب وبحكم مقدراتهم المادية المحـددة كـان الحشيش (البنقو) هو الأكثر استعمالاً وسط هؤلاء المتعاطين.

أهداف البحث:-

1. البحث في علاقة الحشيش بالاكتئاب.
2. توفير معلومات جيدة عن العلاج والوقاية.
3. بحث الفئات التي ينتشر فيها الإدمان بشكل أكبر.
4. دراسة تأثير نوع الكلية التي يدرس بها الطالب على عملية التعاطي.

فروض البحث:-

1. توجد علاقة ارتباطيه بين إدمان الحشيش والإصابة بمرض الإكتئـاب لدي طلاب الجامعات بولاية الخرطوم.
2. ينتشـر إدمـان الحشيش بدرجة أكبر بين طلاب السـنوات النهائيـة (رابعة + خامسة).
3. ينتشر إدمان الحشيش بدرجة أكبر بين طلاب الكليات العلمية التطبيقية.

أهم مصطلحات البحث:-

المخدرات:-

حسب ما أورد البار (1988م) هي مجموعة متباينة مـن العقـاقير التـي تختلف في تأثيراتها النفسية والجسدية عندما يتعاطاها الإنسان.

الحشيش:-

كما أورد عكاشة (1998م) هو خلاصة زهور الكنابس ويستعمل بواسطة التدخين والشرب المباشر وهو من أكثر أنواع المخدرات إنتشاراً وأقلها سعراً.

حالة سحب العقار (Withdrawl Syndrom):

كما يصفها البار (1988م) هي الأعراض النفسية والجسدية الناتجـة عـن التوقف عن تعاطي العقار المخدر مثل التعرق والدموع والقلق والنوم المتقطع.

الأفيون:-

هو العصير لنبات الخشاش، هو من أقدم أنواع المخدرات وقد تم اكتشـافه قبل أكثر من أربعة آلاف سنة.

الإكتئاب:-

كما أورد عكاشة (1998م) هو أحد الإضطرابات الوجدانية التي تختلف في شدتها وأهم علاماته إنخفاض الطاقة وقلة النشاط وقلة القـدرة علـى الاسـتمتاع بالأشياء وعدم التركيز، والاكتئاب مرض يصيب كل الأعمار في درجات متفاوتة.

حدود البحث:-

جامعات الخرطوم، النيلين، الأحفاد، السودان بولاية الخرطوم.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول

المخدرات

تعريف المخدرات:-

أورد نافع (1989) أن اسم المخدرات يطلق عند أجهزة الأمـن واجهـزة الاعلام والقانون على مجموعة متباينة من العقاقير التي تختلف في تأثيرها النفسي والجسدي، ومن أمثلة ذلك الأفيون ومشتقاته، وهي التي يطلق عليها فـي الطـب والصيدلة لفظ المخدرات Narcotics ، ومجموعة المنومـات والمهـدئات فـي التعريف الطبي والصيدلاني مجموعـة واسـعة مـن العقـاقير مثـل الكحـول والباربتورات. كما تشمل مجموعة واسعة من العقـاقير المنبهـه ومـن أهمهـا الكوكايين.

لفظ المفرد من مخدرات خدر أي بمعني أصبح الفرد في حالة من الخـدر وقد ينسجم الفرد مع ذلك الخدر لما قد يصاحبه من أحلام أو هـلاوس أو شـعور بالغبطة والسرور ويكرر الفرد استعمال ذلك المخدر حتى يعتاد تلك المادة، وكلمة تعاطي في الطب تعني الميل إلى المخدر. وتنشؤ عادة اسـتعماله بصـورة ملحـة واظهار الرغبة الشديدة في المخدر واعتباره شيئاً لا يستغني عنه، وبحيث يتطلب ذلك من الفرد المدمن تعاطي مقادير متزايدة من المخدر وذلك للحصـول علـى التأثير المطلوب، وتظهر أعراض الاعتماد حين يقف الفرد عن تعاطي المخدر أو ينقص مقداره بصورة كبيرة يؤدي به إلى المرض المسمي بأعراض الانسـحاب المتزامنة Withdrawl Syndrome وأعراض الاعتماد هذه تؤدي غالباً إلى حالة تسمم دوري أو مزمن يؤثر على الفرد المتعاطي وعلى المجتمع وهذه الأعـراض تظهر بوضح في حالة الهيروين Heroin والمورفين Morfin وغيرهمـا مـن المخدرات التي تستخلص من مادة الأفيون الخام، كما تظهر هذه الأعراض أيضـاً

في حالة التعود على الكحول أيضاً وعلى بعض المنومات، وفـي حالـة تنـاول جرعـات كبيـرة مـن حبـوب (البـاربتورات) Barbiturates والبروبامـات Meprobsmares التي تستعمل عادة لفترة طويلة.

عند فحص تاريخ حياة المتعاطين نجد أن الذين يتعـاطون الهيـرويين أو المورفين مدة من الزمن يصبحون جميعهم معتادين هذه السموم.

في حين أن (5%) فقط من الذين يتعاطون الكحول يصبحون معتادين، أما الذين يتعاطون المنومات فنسبة قليلة منهم تصبح معتادة. ومن هنا كان المهـم ان نتعرف على الشخصيات التي تميل إلى التعاطي الانواع المخدرة المؤدية حتماً إلى حالة الاعتماد مثل المورفين والهيروين، وان نحدد الظروف الاجتماعية والاسرية التي أدت إلى تعاطي مثل هذه المخدرات.

أما بالنسبة للكحول فإن دراسة الظروف التي تؤدي إلى تعاطيها هي الأهم، ويجب عند التشخيص التفريق بين تعاطي الكحول وبين التعود عليها حيث المعتاد في أن لا يزيد مقدار الجرعة لمدة سنوات كما انه لا يصاب بأية أعراض جانبيـة عند توقيفه عن الشرب.

وقد تبين ان من أهم الأسباب التي تدعو الفرد إلى التعاطي هي:-

1. الآلام الجسمية الدائمة.
2. ضغط العمل المستمر والروتين القاسي.
3. المشاكل الأسرية والوجدانية.
4. الإحباط والفراغ.
5. المحيط الاجتماعي.
6. أمراض العصاب والذهان.

أن من الصعب تقدير مدى انتشار سؤ استعمال العقاقير (أي استعمالها لغير الأغراض الطبية) Drugs abuse أو الاعتماد عليها، وهي صعوبة أعظـم ممـا يواجهه الباحثون في موضوع الكحول. ومرد الصعوبة السرية في الحصول على العاقير والتكتم في استعمالها، ولهذا يصعب التعرف على العقاقير وعلـى هـؤلاء المتعاطين والتعامل من ناحية علمية ونفسية بحتة.

رأت الدوائر الطبية ومنظمة الصحة العالمية أن لا تستخدم لفظ الإدمان، بل جعلت الأسم المستخدم أقرب إلى الانسجام مع الواقع العلمي لهذه المواد فاسـمته سؤ اسـتخدام العقـاقير Drug Abuse أو الاعتمـاد علـى العقـاقير Drug Dependence وبما ان العقاقير التي يمكن ان يساء استخدامها هذا اللفظ هو (سؤ الاستعمال المودي إلى الاعتماد النفسي او الجسدي أو كليهما معـاً) ومـن أهـم العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والجسدي الخمور والبـاربيتورات والأفيـون ومشتقاته مثل المورفين والهيروبين.

في عام 1964م قامت منظمة الصحة العالميـة باسـتبدال لفـظ الادمـان Addiction بلفظ آخر هو الاعتماد على العقاقير. والاعتماد كما ذكرنا في السابق على العقاقير لديه طريقتين:-

1. الاعتماد النفسي.
2. الاعتماد الجسدي.

1- الاعتماد النفسي:-

أورد الماحي (1995) أن لدي المتعاطي رغبة نفسية للاستمرار في تعاطي العقار المعين وقد تصل هذه الرغبة إلى درجة القهر بحيث تفرض على المتعاطي البحث عن العقار قبل البحث عن الطعام أو أي متطلب آخر.

وهذا الاعتماد النفسي قد لا يكون مصحوباً بأي اعتماد جسدي بحيـث أن الشخص لو ترك هذا العقار لا تظهر عليه آثار بدنية حادة مثل الإسهال أو الصرع مثلما يحدث في العقاقير التي تسبب الاعتماد الجسدي.

ومن أشهر أمثلة هذه المجموعة النيكوتين في التبغ والحشيش (الماريوانـا) وجوزة الطيب والأمفتامين، وقد يلحق بها أيضاً لدي بعض الناس الكافين الموجود في القهوة والشاي، والقات الذي يحتوي على مواد مشابهة للامفيتامين إلـى حـد كبير، كما يعتبر الكوكايين من العقاقير التي تسبب اعتماد نفسي قوي.

2- الاعتماد الجسدي:-

أن الاعتماد الجسدي علـى بعـض العقـاقير ومـن اشـهرها الكحـول والباربيتورات والأفيون ومشتقاته مثل المورفين والهيروبين وهـو مـن أخطـر

الظواهر التي ترتبط بسوء استخدام العقاقير. ولا شك أن الاعتماد الجسدي هو أشد خطورة من ظاهرة الاعتماد النفسي، وذلك أن الامتناع عن تناول عقـار معـين يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية خطيرة قد تؤدي إلى وفاة الشخص أو اصـابته بأعراض بدنية خطيرة.

ومن أمثلة ذلك ما يحدث عند التوقف المفاجي لعقار المورفين أو الهيرويين حيث تظهر علامات الامتناع Abstinence أو سحب العقار Withdrawal بعد بضع ساعات من التوقف عند آخر جرعة تناولها المعتمد علـى العقـار، وتبـدأ الاعراض بالتثاؤب الشديد وانصباب اللعاب من الفم، وانسكاب الدموع لا إراديـاً، وزيادة كبيرة في إفرازات الأنف يصحبها عرق غزير رغم أن الجو قـد يكـون بارداً، ولا يلبث المصاب أن يدخل في مرحلة من النوم مع القلق الشديد مع نوبات من الاحساس بالبرد يتناوبها حالات من الاحساس بالحرارة ويكون الجلد مقشعراً. وتتسع حدقة العين، وتحدث آلام شديدة في الساقين والقدمين مما يدفع المصاب إلى محاولة تحريكهما بقوة واضطراب ويتبع ذلك نوبات شديدة من القـئ والاسـهال الشديد ويفقد المصاب كل رغبة في الطعام ويفقد كمية كبيرة من سـوائل جسـمه ووزنه، وفي خلال ثلاثة ايام، أما يعالج باعطائه جرعة كبيرة من المادة المخـدرة (الأفيون، الهيروبين، الميثالون، المورفين). أو أنه يدخل فـي سـبات مصـحوب بارتفاع درجة حرارة، وقد يتوفي وهو في مثل هذه الحالة البائسة. ولكن معظـم الحالات لاتلقي حتفها حتى مع وجود العلاج، وإنما تستمر الحالة لمدة اسبوع آخر أو اسبوعين على الاكثر.

ويؤدي سحب عقار الكحول أو الباريبتورات إلى أعراض اشـد وتحـدث وفيات كثيرة تصل إلى 25-35% من جميع حالات سحب العقار ما لـم يعـالج، حيث تحدث نوبات صرع شديدة وصعوبة في التنفس مع وجود قئ وقلق وارتعاش وارتفاع في درجة الحرارة ولهذا فأن سحب عقار الكحول أو الباربيتورات يحتاج إلى رعاية صحية أكثر مما يحتاجه سحب الافيون ومشتقاته.

وترتبط هذه الظاهرة بالاعتماد الجسدي بصورة واضحة تعـرف بظـاهرة التحمل Tolerance وتعني هذه الظاهرة أن الشخص المتعاطي لكمية من العقـار

يحتاج إلى تعاطي كمية للحصول على نفس الأثر، أو تكرار تناول العقـار فـي فترات زمنية متقاربة. وتعود ظاهرة التحمل نتيجة أحد عاملين:-

أولاً: أن الجسم يقوم بتحطيم هذا العقار بسـرعة متزايـدة بسـبب نشـاط فـائق للانزيمات المحطمة لهذا العقار في الكبد أو غيره من الاعضاء ويسمي هذا التأثير لاستقلابي لتحمل العقار (Metabolic Drug Tolerance).

ثانياً: إن الخلايا العصبية تتعود على الكمية المعنية من العقار فلا تعود تؤثر فيها التاثير السابق ويسمي هذا التأثير التحمل الخلوي الدوائي للعقار.

(Callular of Pharmacodynamic Drug Tolerance) وتختلف شدة التأثير النفسي والجسدي من عقار لآخر.

أنواع المخدرات:-

الأفيون:

عرف الأفيون لأول مرة في عام 4000 ق.م وأطلقوا عليه نبات السـعادة واستعمله الفراعنة كدواء يمنع الأطفال من البكاء، وأشار هومروس في الأوديساء إلى استعمال الأفيون لإزالة الكرب والضيق.

الأفيون هو العصير المتجمد لنبات الخشخاش المعروف علمياً بأسم (بابـا قزمومينفيرم) ويتم استخلاصه عن طريق تشريط الكبسولة بعد عشرة ايـام مـن سقوط البتلات، ولونه بني غامض وله رائحة نفاذة لزجة كرائحة النشادر، كما ان طعمه شديدة المرارة ويمكن استخدامه عن طريق الفم أو اذابته في الماء ثم يمتص المحلول في الجسم.

إن المورفين هو المادة الفعالة في الأفيون ويحتوي الأفيون المستخرج مـن الثمرة الغير ناضجة لشجرة الخشخاش على كمية المورفين تتراوح مـا بـين 8-15% من وزن الأفيون، وتختلف النسبة من بلد لآخر حسـب طريقـة الزراعـة ونوعية التربة والسماد، وتعتبر أعلي نسبة موجودة في الأفيون التركي والإيراني.

وقد تمكن العالمان (جولاند وربنسون) (1925) من اكتشاف التركيب الكيماوي للمورفين.

المورفين: -

إن العمل الأساسي للمورفين هو زيادة التأثير الكفي المانع لقشرة المخ على مراكز الأحساس بالتلامس بالمخ، ومن ثم يضعف الشعور بالالام ولا يوجـد فـي الصيدلة حتى الآن عقار له قوة المورفين لتخفيف الآلام الجسمية، والمورفين هـو أحد مشتقات الأفيون العديدة مثل الكودبين الهرويين والأيونين ... الخ، وجميع هذه العقاقير تؤدي إلى التعود وأخطرها هو الهيروبين الذي يتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن.

وتمتاز المواد المشتقة من الأفيون مثل المورفين والهيـروبين بأنـه ينبـه الجهاز العصبي مع التجشو والتقيؤ، وأحياناً يؤثر على مراكز التنفس فـي المـخ بدرجة تهدد حياة الفرد.

الهيروبين: -

وهو أحد مشتقات المورفين ويحصل عليه باجراء عملية الاسـتلة (تنـافي خلات المورفين) وقوة الهيروبين تبلغ من ضعفين إلـى عشـرة اضـعاف قـوة المورفين وهو أخطر المواد المسببة للتعود والتأثير المخدر المركز له جعله مـن اكثر المخدرات طلباً لدي المتعاطين – ويوجد على شكل حبيبات او علـى شـكل مسحوق يتراوح لونه بين البني الغامض والفاتح، كما يوجد على شـكل مسـحوق ابيض اللون ويتم تعاطيه عن طريق الاستنشاق أو الحقن تحت الجلد أو الوريد.

كما يخفف المسحوق بالكافيين وتتراوح كمية الهيروبين في هذا المسـحوق من 25-45% ويضاف إلى المسحوق ماد الاستريكنين والكينين والسـوكولامين ويطلق على هذا الهيروبين اسماء عاميه مثل (السكر البني). و(الهيروبين العيني) و(لؤلؤة التنين الأبيض) و(البازولا).

أورد نافع (1989) أن الهيروبين النقي هو مسحوق أبيض ولا يحتـوي إلا على القليل من الشوائب ولكن تجار المخدرات يقومون بتخفيفة باضافة مواد مثـل الكك واللاكتوز حتى تزداد مكاسبهم المادية، وفي مصر يتم خلط الهيروبين بمواد مثل الكينين والسكر وحبوب الانتويورم التي تستخدم لمعالجة الاسهال، بالاضـافة إلى مادة سيانور البوتاسيوم الشديدة السمية والتي حصلت عنها عدة وفيات.

المتعاطي للهيروين يبدو عليه الميل للنعاس ونجده متبلداً ومنطوياً كما تبدو عليه اللامبالاه بالمحيط الذي يعيش فيه وعيناه تبدو حمراء اللون وحلقة العين صغيرة. وعندما يحين موعد الحقنة التالية أو الشمة يبدأ الشخص في المعاناة من أعراض الامتناع والتي تتخلص في إدماع العين، إفرازات الأنف والتثاؤب، تحبب الجلد وتوالي السخونة وبرودة الجسم ويكون المدمن قلقاً متعباً عصبياً.

أما الاعراض الأكثر تقدماً فهي الارق، الإفرازات العرقية، آلام الاطراف، الغيثان والإسهال، وبمرور الوقت يفقد المتعاطي وزنه ويبدو مهملاً في شكله وفي منظره.

طرق تعاطي المخدارات :-

الأفيون، والمورفين، والهيروين:-

يتعاطى الأفيون منذ عهود سحيقة عن طريق الفم، أما على هيئة قطع صغيرة أو على هيئة حبوب، ويمكن أن يذاب في محلول ويشرب.

وقد أدخل الأوربيين طريقة التعاطي بالتدخين إلى الصين في القرن التاسع عشر، وكان كثير من متعاطين الأفيون في الصين يتعاطونه ليلة واحدة في الأسبوع في جماعات واحتفالات وفي الغرب عند تناولهم الخمور، ودون أن يظهر على كثير منهم آثار التعاطي.

لكن بعد أن تمكن الأوربيون من تحضير المورفين ثم الهيروين ظهرت علامات تسمم بالكينين أوغيره من المواد المغشوشة مثل سيانور البوتاسيوم الذي يعتبر من أقوى السموم وأفتكها بالأنسان.

وتطورت طرق الإستخدام من التدخين إلى الحقن تحت الجلد وفي العضل وفي الوريد، وزادت بذلك المخاطر، إذ لم تعد هناك مخاطر المادة المخدرة فقط بل ومخاطر الحقن الملوثة بالميكروبات.

وفي الواقع أن الأخطار التي تواجه المتعاطين عن طريق الحقن اضعاف التي تواجه المدمنين عن طريق الشم أو الاستنشاق وذلك لأن هاتين المادتين يتم تناولهما عن طريق الحقن الغير معقمة التي يتداولونها فيما بينهم وعادة ما يكون التعاطي بواسطة الحقن بالوريد وهو اخطر وسائل انواع التعاطي، إذ أن ذلك

يدخل أنواع مختلفة من الفيروسات والبكتريا والطفيليـات والفطريـات إلـى دم المتعاطي ويؤدي بالتالي إلى ظهور امراض خطيرة وقاتلة كثيرة مثل الإيدز.

ويمكن تدخين الأفيون أو الهروييين مباشرة أو مع خلطـة فـي النارجيلـة (الشيشة) أو السجائر المصنوعة من التبغ أو تشعل ويشم الدخان.

وهناك طريقة أخرى تستخدم حين يوضع الهيروييين في قسطير ويشعل من تحت القسطير النار ويقوم المتعاطي بمطاردة الدخان شماً، وتسمى هذه الطريقـة مطاردة التنين. وهكذا يدخل الأفيون الجسم من عدة طرق:-

أ. الغشاء المخاطي للأنف.

ب. الرئتان.

ج. الجهاز الهضمي (المعدة والأمعاء).

د. الحقن تحت الجلد أو العضل أو في الوريد مباشرة وهذه أخطرها.

كيف يصبح الفرد معتمداً ؟

يحتاج الإعتماد إلى تكرار تعاطي الجرعات حتى يصبح الفرد معتمداً على العقار وهنا نتساءل عن حجم التكرار اللازم لتكوين عادة الإعتماد ادي الفرد.

هناك إختلاف في الرأي حول هذا التكرار يبدو أنه يلزم تكرار العادة يومياً لمدة اسبوعين، ومن السهل أن تتكون هذه العادة وبعدها ينمو اتجاه نحو قبول هذه العادة والتسامح ازائها لدى الفرد، ويصبح المتعـاطي مـدرك لحـدوث بعـض الاستجابات الفسيولوجية المرغوب فيها التي تحدث بعد تعاطي المخدر، ولكنه يجد نفسه مضطراً إلى إضافة جرعات أخرى لكي يحدث في نفسه رد الفعل أو نفـس الاستجابات الفسيولوجية السابقة.

الأسس العصبية للإعتماد:-

وتمثلها مادتي الانفتالين والأندرفين، وهناك مستقبلات فـي الـدماغ فـي المراكز العصبية المستقبلة والمستقبلات عندما تستقبل الإنفعـالات تسـكن الآلام وتحدث حالة بهجة قليلة ومعقولة.

وقال البار (1992) أن في دراسة أجرتا عالمة فسيولوجية مصرية في لوس انجلوس أتضح أن مستوى الانفتالين في الدم يزداد مع عمر الجنين في بطن أمه بحيث تكون أعلى نسبة له في الدم ساعة الوضع، كما أن نسبته في الدم تزداد إذا حدثت أصابه أو حادث للجسم.

إن أول جرعة من المخدر تحدث نوعاً من الهبوط وزيادة الرغبـة فـي الغثيان مثل المرحلة الأولى من شرب الكحول، وبعد تعاطي عدة جرعات تختفـي حالة الغثيان ويصبح هناك شعور بالفرحة والبهجة والسرور.

أن المخدرات تسبب نوع من الهبوط وزيادة في الرغبة التناسلية ونوعاً من النعاس أو الخمول والتخاص من الألم الجسمية وشعور عام بالأسترخاء والرضاء.

هناك كثير من الشباب يقعون في حبائل المخدرات بسـبب الرغبـة فـي التجريب أو المحاولة الأولى التي يقصد بها مجرد المذاق أو اللهـو أو المـرور بالتجربة أو رغبة في التحدي أو نتيجة لإيحاء جماعة السؤ أو الإقران والإنداد.

كلما شعر المتعاطي بالآثار (السعيدة السارة) كلما نما لدية الميل في تكرار الجرعة، وبعد حوالي الأسبوعين من تعاطي المخدر منتظمة ينمو عند الفرد حالة الإعتماد الفسيولوجي.

ومعنى ذلك أنه لابد أن يتعاطى المخدر بصورة ثابتة ودائمة حتى تدخل جسمه والتعرض لحالة شديدة من الهبوط والأنزواء والإنعزال والانسحاب.

ويصف كولمان (1986) أن أول هذه الأعراض هو التثـاؤب والعطـاس والعرق وفقدان الشهية ويتبع ذلك رغبة قوية أو في زيادة الجرعات وشعور بعدم الراحة والاكتئاب الذهاني ومشاعر بالهلاك المخيف وشـعور بـالتهيج وضـعف العضلات وزيادة في معدل التنفس، وبمرور الوقت تزداد هذه الاعـراض حـدة وعنفاً وربما يشعر المريض بالبرد الشديد التي تتناوب مع بعض الإضطرابات في الاوعية الدموية وزيادة حمرة الوجه وزيادة إفرازات العرق وإحمرار الجلد بحيث وكذلك القئ والإسهال ومغص بطني والألم في الظهر وصداع عنيف مع الاهتزاز أو الترنح والرجفة والرعشة. ويرفض المريض الطعام والشراب يضاف إلى ذلك حالات الجفاف الناتجة عن القئ المستمر والإسهال والعرق ويسبب ذلـك حالـة جفاف شديدة ونقص في الوزن شديد قد يصل إلى 5-15 رطل في الاسبوع وفي بعض الأحيان يصاب المريض بالهزيان والهضربة والهلاوس وبعض الحركـات العشوائية السريعة والغثيان أو الاغماء والموت أحياناً.

أن الإعراض الانسحابية تزداد حدة لمدة ثلاث أو أربع ايام ثم تختفي ببطء ثم تختفي جميع الأعراض بعد حوالي خمس أو سبع أيام من آخر مخدر وغالباً ما

يصاب المريض بعدم الراحة والتعب والإرهاق مع الشعور بالضـعف الجسـمي العادي لمدة ثلاث أو اربع أشهر بعد تعاطي آخر جرعة مخدر.

يظل الفرد عبدا لهذه العادة ويحتاج إلى زيادة الجرعات لكي يحتفظ لنفسـه بالتوازن ويصبح ذلك المخدر عنصراً أساسياً وضروري لحفظ توازن الجسم.

أن اعتماد جسم المريض على المخدر بالاضافة إلى أعـراض الانسـحاب الشديدة ترغمه لشراء جرعات بصفة دائمة ومستمرة.

وهنا يجدر بنا أن نتساءل عن سبب لجو الفرد إلى تعاطي المخدرات هناك كثير من علماء النفس الذين درسوا المشكلة التعاطي يقررون أن السب في التعود يرجع إلى وجود مشكلات نفسية لدي الفرد، ولكن بطبيعة الحال هناك كثير مـن الاشخاص الذين يعانون من المشكلات النفسية ولكنهم لم يتحولوا إلـى التعـاطي وبالتالي إلى التعود.

هنا ولا استطيع أن اجزم بأن الحصول علـى معلومـات نفسية علمية بحتة لمن يقعون في مشكلة الاعتماد أو سؤ استعمال العقاقير ومـرد الصعوبة هو التستر في الحصول على العقاقير والتكتم في استعمالها ولهذا يصعب التعرف على هؤلاء المتعاطين والتعامل معهم من ناحية علمية بحتة.

الحشيش:

كما عرفه البار (1988م) الحشيش هو خلاصة قمة زهور الكنابس (القنب) ويمكن تدخينه أو شربه مع الشاي والقهوة، أو حقنه مباشرة ويعتبر من المشـاكل الهامة في السودان والمنطقة المحيطة وقد عرف الحشيش قبل أكثر من خمسـمائه عام في منطقة الشرق الأوسط وانتشر استعماله تطبيقاً للنظرية الخاطئة بأنه منبـه جنسي ويسبب استعماله إطالة العملية الجنسية، ولا يوجد ما يؤيد ذلك علمياً ولكن يبدو أن تثبيط وخفض عمل القشرة المخية من تعاطي الحشيش يعطـي انطلاقـاً وحرية للغرائز دون أي إحباط من التقاليد الاجتماعية.

والمادة ا لنشطة بنبات القنب هي (التتراهيدروكنابينول) وتكثر في الحشيش يليها الماريونا وأقلها في البانجو الذي هو من أوراق شجرة القنب وقد زاد انتشاره بالسودان نسبة لسعره الرخيص وكثرة انتشار وسهولة تواجده.

ويختلف البعض في اعتبار تعاطي الحشيش إدماناً أو تعوداً فيتفق الباحثون على أن الفرد لا يعاني من أعراض جانبية عند توقفه عن الحشيش ممـا يجعلـه عقاراً للتعود وليس للإدمان.

ويعتقد عكاشة (1998) أن ذلك يختلف حسب الفرد فبعض مدمني الحشيش لا يستطيعون التخلي عنه وان توقفوا عن تعاطيه يصابون بأعراض جانبية وهنـا نستطيع أن نقول انهم مدمنو حشيش والبعض الأخر يتمكن من الامتناع عنه فـي أي وقت دون ظهور علامات أو مضاعفات وبالطبع هؤلاء هم المتعودون، ويسبب تعاطي الحشيش شعوراً بحسن الحال وخفه في الرأس ونشوة مع كثرة في الكـلام وانعدام الإحساس بمرور الزمن وان زادت الجرعة سببت إرهاقاً واختلاطاً عقليـاً مع ظهور علامات ذهانيه وهذيان، وهلاوس بصرية وسـمعية مـع الإحسـاس بالرعب واختلال الآنية.

وعادة ما يشغف متعاطي الحشيش بالسكريات ويبدو أن للحشيش خاصـية إنقاص السكر في الدم، كما أنه مدر للبول مخفض لضغط الدم. وقد ذكر سـويف (1967) أنه وجد في بحثه عن الحشيش في مصر أنه غالباً ما يبدأ المرضي فـي تعاطي الحشيش قبل سن العشرين والسبب في ذلك يعود للانضمام إلى مجموعـة

الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع، ومحاولة تقمص دور (الرجـل) وأخيراً اللذة الجنسية. وعادة ما يلاحظ وجود تاريخ عائلي عند هؤلاء المرضـي لتعاطي الحشيش، وقد وجد عكاشة (1998) أن الكثير من هؤلاء يعانون من بعض القلق، وأن التأثير المباشر للحشيش يحدث اضطراباً في الإدراك بحيـث تطـول المسافات وتختلف الأحجام وتهتز حدود الأشياء وتبدو الألوان اكثر زهوراً ويقـل الإنتاج أثناء التعاطي أو عند الرغبة في تناوله وأن هذا الانخفاض وقتي مضطرب مرتبط بمادة التعاطي وقد شكك البعض في اضطراب الـذاكرة ولكـن أصـرت الغالبية على حدة الذاكرة وسهولة حل المشاكل مع تعاطي الحشيش.

وقد وجد ترابط إيجابي بين تعاطي الحشيش والسلوك الإجرامـي ودلـت بعض الأبحاث أن تعاطي الحشيش لمدة طويلة يخفض من نسبة هرمون الـذكوره في الدم ويؤدي لتضخم في ثدي الرجل وتشوهات في الجنسية. ويعتقد أن الـذهان الذي سبق ارتباطه بالحشيش سببه الاستعداد الوراثي للذهان ويلعب الحشيش هنـا دور العامل المفجر لهذا الذهان وقد سبق استعمال الحشيش فـي علميـة التفريـغ العقلي في العلاج النفسي بنتائج مشجعة ولكن كثيراً ما اصيب بعـض المرضـي باعراض ذهانية أو عصابية بعد تناولهم الحشيش للمرة الأولي.

ونسبة لانتشار حشيش وسط قطاع الطلاب نتيجة لتوافره وقلة سعره نسبياً مقارنة بانواع المخدرات الاخري تركزت الدراسة عليه.

الاسباب المؤدية لتعاطي المخدرات:-

***أولاً:* الاسرة وما يرتبط بها من أبعاد:**

أورد نافع (1989) أن الدراسات النفسية أثبتت أن طـابع الشخصية لأي فرد يتكون أولاً من الأسرة التي نشأ فيها، وأن تعامله مع نفسه وفي عمله وفي المجتمع يتوقف على الطابع الثابت نسبياً الذي يكون محيط حياته فـي الاسرة، فالاسرة اذن هي مهد الشخصية لهذا اهتم علماء الاجتماع والتربية وعلماء النفس بدراسة سيكولوجية الاسرة والعلاقات الداخلية بين أفرادها وأثر ذلك كله في تكوين الشخصية.

ومن الحقائق الثابتة في علم النفس أن الصحة النفسية للطفل تعتمـد علـى مدي إشباع حاجاته الاساسية. ولهذا فان الطريقة التي يتعامل بها في المنزل تكون على قدر كبير من الأهمية. وليس هناك اختلاف حول أهمية توفير العناية الجسمية والتغذية والرعاية الصحية، أما أهمية الجو السيكولوجي والاستقرار النفسي لأفراد الأسرة بالنسبة للنمو الانفعالي السوي عند الطفل فهو ما لا يدركه الكثيرون رغـم علاقته المباشرة ببناء الشخصية السوية للطفل.

ولا يختصر أثر التربية الاسرية على شخصية الفرد في طفولته وفي حياته كطفل بل يمتد أثرها إلى حياته كتلميذ في المدرسة وفي حياته كفتي او فتاة، وفـي اسرته كزوج أو زوجة وفي اتجاهاته في العمل وفي وفي اتصـالاته الاجتماعيـة ومدى تقبله لدوه في الحياة كرجل أو امرأة. الشرقاوي (1986)

وقد كانت الاسرة في فجر التاريخ هي الوحدة الاجتماعية بمفهومها الواسع الوحيدة المسئولة عن تربية وتنشئة الطفل. فالعشيرة البدائية هي التي كانت تقـوم وحدها بتربية الطفل جسمياً وخلقياً وتهئ له وسائل اعداده للحياة بدون تدخل مـن جانب أي سلطة أخرى من سلطات المجتمع. وكانت جهود المنزل التربوية في في بداية الأمر مختلطة بوحدة أنشطته الأخرى وغير متميزة عنها، بذلك كانت تربية الأطفال متروكة للعوامل غير المقصودة يساعدها في ذلك ويكمل نقصها ثم أخـذ المنزل يوجه عناية خاصة لشئون التربية إليها في صورة مقصودة، إضافة إلـى

وظيفة المنزل التربوية القديمة ووظيفة التعليم بمعناه الخاص، وكان يقوم بهذه الوظيفة الآباء والأقرباء وكبار أفراد الأسرة والعشيرة.

(أ) العلاقة بين الأبوين وأثرهم على الطفل:-

وجد الباحث (1995) تأثير سلوك كل من الأبوين تجاه الآخر على صحة الطفل النفسية. فقد أثبتت الأبحاث التي أجريت في هذا المجال أن معظم المتعاطين يأتون من منازل مفككة، ومنازل تكثر فيها احتكاكات بين الزوجين أكثر مما يأتون من منازل تتوافر فيها علاقات سليمة.

وربما يقال أن حياة الأسرة لا يمكن ان تخلو من الاحتكاكات بين الزوجين والتي تمر بين الحين والحين ولكن هذه الخلافات لا تعتبر ذات خطورة أو عامل هدم، وتدمير في حياة الأسرة مادامت لا تمس ولا تصيب داعائم التوافق الاسري حين ان هذه الخلافات لا تتناول أمور سطحية في حياة الاسرة. اما الخلافات العنيفة الهادمة التي تصيب الاسرة وتهدم أطفالهم وتفقدهم للجو النفسي السليم الذي ينمون فيه ولذلك في كثير من الاحيان لا يتعبر من الخير في شئ الاستمرار في الحياة الزوجية مع وجود حالة من التوتر العنيفة بين الزوجين، بل ربما يعتبر الطلاق في مثل هذه الحالة أفضل، وأن كان أمراً غير مرغوب فيه له اضراره الخطيرة على الاسرة أمراً ضرورياً لصالح الزوجين وصالح الابناء أيضاً، حيث ان استمرار الحياة الزوجية المضطربه يترك من أثره الخطير على الأبناء ويبدو ذلك في أكثر من صورة من الصور التالية - البار (1988):-

1. إنهيار أمل الأبن في مصدر السلطة وهو الأب هنا، والعطف وهي الأم وعدم استطاعتها لتهيئة الجو النفسي السليم لنموه وعجزها عن رعايته وحياته، مما قد يدفع الأبن إلى الانسحاب بعيداً عن المنزل والانضمام إلى الجماعات التي تنحرف عن السلوك الطبيعي وبالتالي يجد فيها متنفساً ومجالاً للاشباع العاطفي الذي يفقده في أسرته.
2. هروب الابن للشارع ليجد فيه أيضاً متنفساً عما يجده من متاعب في المنزل حيث يبدأ سلسلة من السلوك غير المرغوب فيه، والذي يتسم بأنه معارض للقانون وضد المجتمع.

3. إنغماس الأبن في أحلام اليقظة حيث يجد فيها متنفساً ومجالاً متسعاً لفراره من عالم الواقع المؤلم بالنسبة له.
4. إنعدام ثقة الأبن في نفسه وفي الآخرين وتحوله إلى عدو لنفسه لتعـوده علـى المخدرات وعدو للمجتمع.

(ب) أسلوب التربية العائلية:-

أن الحياة في العائلة تعطي الطفل أول نمـوذج للسـلوك الفـردي داخـل الجماعة وسلوك الجماعة أزاء الفرد. ومن ثم فهي نقطة البدء في سبيل التثقيـف الاجتماعي للفرد فالطفل الذي نما وجدانه نمواً سليماً يدخل إلى الحياة وبه رغبـة فيها والآخر يفقد توازنه الوجداني، فاذا اضطرب النمو الانفعالي والعاطفي بقـي الطفل أو الأبن لا اجتماعياً في اعماق نفسه، وقد يسلك في الظاهر سلوكاً اجتماعياً دون أن يكون في الحقيقة قد انسجم وتكيف مع المجتمع بل منطوي على رغبـات كامنة. ومن ثم يعتبر السقم الوجداني حالة كامنة في فهم دوره التربوي فأن وجود بعض العادات اللاجتماعية لـدي الأم أو الأب كالسـرقة أو إدمـان الكحـول أو المخدرات تفسد التكوين الاخلاقي للابن وتؤثر في معاييره وقيمه.

ومن بين الأمهات المفسدات نجد الأمهات المسـيطرات والأمهـات ذوات الشخصية السيكوبائية أو الأمهات اللواتي يؤدي عدم استقرارهن النفسي إلى حالة عدم الأمان والقلق لدي الأبن كما أن الأباء ذوي الشخصية الضعيفة أمام زوجاتهم والأب ذو الطباع الفظة والعادات الشرسة الذي يعامل زوجته معاملة سيئة لا يهئ هذا النوع من العلاقات للنمو الوجداني السوي اللازم للطفل ولا يمنحه الصـورة التي تساعده على عدم التكيف المتناسق مع العالم الخارجي. فأكثر عادات الطفـل وسلوكه مصدرها الأسرة نفسها، فالانانية والمعارضة والخـروج علـى النظـام والنزعات العدوانية ليست في الحقيقة سوء وسائل دفاعية يتخذها الابن في مواجهة الوسط البيتي غير الملائم.

كما أن أسلوب التربية على الضغط المطلق، قد يؤدي إلى كبت الانفعالات لدي الحدث، ومن ثم إلى ايقاف علمية النضج النفسي والاجتمـاعي ممـا يـؤدي بالتالي إلى مظاهر السلوك الغير سوي المختلفة.

(ج) تصدع الأسرة:-

أفاض الباحثون في تصدع الأسرة لظرف من الظروف التي تهئ العوامـل للانحراف كالوفاة أو الانفصال أو السفر أو أي نوع من أنواع تصـدع الاسـرة يؤدي إلى عدم وجود الرعاية والاهتمام مما يولد لدي الأبن للاحساس بفقد القيمـة مما يؤدي إلى اقترانه مع مجموعات او جماعات ذات سـلوك منحـرف تـؤدي بدورها إلى التعامل مع كل أنواع الإنحرافات ومن ثم تؤدي إلى تعاطي المخدرات وخطرها الدائم.

(د) سوء المعاملة أو فساد الأسرة:-

كان الأباء فيما مضي يحرصون على تحديد نمط الحياة لأبنائهم مع أنهـم كانوا أقل ثقافة ولكن أباء هذا الجيل لا يحرصون على تنمية المثل العليا أو القـيم الاخلاقية عند ابنائهم فيدركونهم دون توجيه أو رعاية، وقد يدلل الوالدين أبنـائهم بصورة مفسدة وتضعف ارادة الوالدين لدرجة أنهم يقومون بتلبية كافة رغـابتهم. وقد يفسد السلوك عندما يترك الأبن يفعل ما يشاء إلى جانب تقصر الوالدين.

(هـ) الاباحية في الاسرة وأثرها في التعاطي:-

عندما يخرج الطفل إلى المجتمع الكبير فهو يكون متأثراً بمجموعـة مـن المعايير وانماط السلوك التي يمتصها من الاسرة التي تتمثل فيهـا كافـة الـوان العلاقات وتتبلور في اطاره اشكال المثل والاهداف. فالاسرة هي المسـئولة عـن الإعداد الإخلاقي لابنائها ويتمثل هذا في معاني الشرف والكرامة والقيم الاخلاقية ذات المعايير الانسانية الاساسية فاذا لم يلاحظ الابن في اسرته معاني الاخـلاص كأن لم يلمس من احد ابويه الحرص على حقوق الآخر تتصارع في داخل نفسـه عناصر شديدة الاختلاف من بينها الاحساس بالخزي والكراهيه والحقد على مـن يسلك هذا وفي نفس الوقت يحس بتوزيع الولاء بين للوالـدين والضـعف امـام سلطاتهم والعجز عن الافصاح بما يدور في نفسه من رغبات فيعيش الابن فتـرة بين هذه القوي المتصارعة وغالباً ما تضعف القوة الرادعة نتيجـة عـدم امـداها بمجموعة من القيم والمعايير السامية فتصبح الاباحية وكافة مظاهرها وصـورها أمر مالوف لدي الابن تيسر له السير في طريق الانحراف.

ومن صور الاباحيه في الاسرة ما يلي:-

1. عدم احترام وتقدير العادات والتقاليد وانماط السلوك المتعارف عليها.
2. ضعف القيم او انعدامها كلية وبصورة مكشوفة أو مستترة ويـدخل ضـمنها الانصراف عن تأدية الشعائر الدينية وما تتطلب من فرائض وطقوس.
3. انهيار معاني العفة وتغلب الغرائز والاستسلام لها بسبب ضـعف المقومـات الاخلاقية أو لأسباب مرضية فيزيولوجية.
4. الابتعاد عن الالتزامات الاسرية وعدم الحفاظ على مقومـات العلاقـة بـين ارفادها مما يؤدي إلى نوع من الانانية وما يتبعها من تدنيس للقيم الاسرية.
5. استباحة الاستيلاء على حقوق الآخرين أو تحطيم مصالحهم وسمعتهم بقصـد اشباع دوافع العدوان بصورة غير سليمة.
6. الهروب من الواقع الاجتماعي والاخلاقي السائد في المجتمع المحلي ومحاولة تقليد ومسايرة نماذج من الحياة في المجتمعات التي تختلف عن هذا المجتمـع الذي تعيش فيه الاسرة ومن امثلة ذلك اقامة السهرات الليلية بما يصاحبها من رقص وخلاعه سلوك وابتذال وملابس وخمور ومخدرات... الخ. فهذا يضع أما الناشئين الصغار أنماط غريبة للحياة، وبالتالي أنماط سلوكية منحرفة.
7. هبوط مستوي القوي الضابطة في الاسرة نتيجة لضعف شخصـية الأب امـا نتيجة لمرضه أو غيابه مما يجعل الأب غير قادر على إدارة حـدود حقوقـه وواجباته فضعف هذه الرقابة والتوجيه داخل الاسرة تؤثر تأثيراً في استعدادات الابن فيدفعه هذا السلوك للأسوي بصورة عدوانية أو انحرافيه معقدة للأشكال والمظاهر.

(و) الأحوال الاقتصادية للأسرة:-

أكدت الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريـت علـى علاقـة الحالـة الاقتصادية للأسرة بالتعاطي حيث ظهرت نتائج شبه حاسمة من حيث إظهار نوع الارتباط ودرجته بين ظاهرتي الغني أو الوضـع المـادي المرتفـع والمتعـاطي والملاحظات المطردة تأكد أن غالبية المتعاطين يجدون مجالاً للتفريغ خصوصـاً في حالات تعاطي المخدرات غالية الثمن مثل (الهيروين والكوكايين).

وهذا لا يعني أن الغني وحده يؤدي إلى الانحراف إلا أنه يساعد بل يتفاعل مع غيره من العوامل الأخرى في أحداث التعاطي أو بمعني آخر وجـود المـال الزائد عن الحاجة في يد الابناء بالاضافة للتفكـك الأسـري. بالاضـافة للجـوء الشخص إلى أصدقاء السوء من نفس الطبقة الاجتماعية ومع عدم وجـود القـدوة الحسنة وتعطل الرقابة الأسرية بالاضافة إلى وجود الفراغ والإحباط نتيجة للفشل في الدراسة أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة.

هذه بدورها تشعر الفرد بالدونية وبالتالي يلجأ إلى العقاقير لتعويضه عـن لحظات ضعفه وفشله.

يمكن تعريف عملية التنشئة الاجتماعية بأنها عملية تعليم وتربية وتقوم على التفاعل الاجتماعي وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكاً ومعاييراً واتجاهـات مناسـبة لأدوار اجتماعية معينة تمكنه من الإندماج في جماعته والتوافق الاجتماعي معهـا وتكسبه الطابع الاجتماعي وتيسر له الحياة في الوسط الاجتماعي وهـي عمليـة تشكيل السلوك الاجتماعي للفرد، كما أنها عملية تنمية ثقافية للمجتمع علـى بنـاء الشخصية وتطبع المادة الخام والطبيعة البشرية في الـنمط الاجتمـاعي والثقافـة بمعني آخر هي عملية التشكيل الاجتماعي لشخصية الطفل.

وتتم عملية التنشئة الاجتماعية للفرد عن طريق البيئة الاجتماعية الحقيقيـة وهي تشمل في ما تشمل للأسرة التي يعيش فيها كل ظروفها، والمدرسـة التـي توجه إليها والمكان الذي يؤدي فيه عمله.

وكذلك الأماكن التي يقضي فيها وقت فراغه والحي الذي يسكنه، وغير هذه الأمكان، بكل ما تشمله من نماذج بشرية تشاركه الحياة أو العمـل أو التعلـيم أو اللهو. وكل ما يسود هذه البيئة من عادات واساليب وأراء وتقاليد ولـذلك تهـدف عملية التنشئة الاجتماعية أساساً إلى الارتقاء بالفرد إلى مرحلة التوافق الاجتماعي مما يجعله في حالة تكيف مع المجتمع ونمطه وما يسود فيه مـن قـيم ومعـايير وأحكام، وكما نعلم يولد الطفل وهو غير متميز بأي قدرة على مواجهة مستلزمات حياته الاجتماعية من مهارات على عكس الكائنات الحية الأخري التي تخرج إلى الحياة، وهي مزودة إلى حد ما ببعض القدرات التي تمكنها من ممارسة ما تطلبـه

من القيام بانواع متقدمة من النشاط. فالوليد لا يستطيع أن يتحدث لغة قومـه، ولا أن يشارك من حوله أبسط ما تحتاجه حياته من مأكل وملبس وحماية. وفي خلال سنوات طويلة من الطفولة تعد في نظر بعض العلماء ورجال التربية وعلم النفس – السنوات الخمس أو الست الأولي أكثرها أهمية وخطورة، يدرب الطفل ليكتسب مهارة انسانية بعد أخرى وتلك هي المهارات البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية اللازمة لتدبير شئون حياته وتنظيم علاقته مع الآخرين، وهذا ما دعي الكثيـرين إلى اعتبار مرحلة الطفولة حجر الزاوية في بناء شخصية الطفل فيما بعد وأن على أساسها تتحدد طبيعة هذا النمو ونوعه حيث ان الاسرة هي المجال الشـامل لكـل انواع العوامل الاجتماعية من وجدانية وثقافية وحضارية واقتصادية. وليس النمو الاجتماعي للطفل مجرد ثمرة لخبراته مع الآخرين بل لابد من تمهيد الطريق لـه لإشباع حاجاته الأخري، وخاصة إلى الأمن والاستقرار. فالأم السمحة العطـوف المتزنة الثابتة في معاملة طفلها تضع الأسس التي يقوم عليها أمر طفلهـا، وهـي نفس الأسس التي يبني عليها استقلاله ففي السنوات الثلاث الاولي من عمر الطفل تكون الأم هي الملبي لحاجاته الاساسية فضلاً عن أنها تلعـب دوراً كبيـراً فـي ملاءمته لحياة الواقع لإشباع بعض رغباته دون البعض الآخر. وفي كنف محبتها وشعوره بالأمن يستطيع الطفل أن يؤكد استقلاله إذ هي التي يقلدها، وهـي التـي يشعر أنه جزء لا ينفصل عنها. وهي في نفس الوقت الشـخص الـذي يعـارض الطفل من وقت لآخر. فإذا كانت علاقة الطفل بأمه مشوبة بالقلق، وإذا كان تقبلـه لقيم اسرته فان استقلاله لنفسه، ومعارضه رغباته سوف يكونان من العوامل الهامة في نمو شخصيته، وقدرته فيما بعد على تعليم وتقييم خاص به. نافع (1989)

رابعاً – الرفاق أو الصحبة:-

ونقصد بها حالة الزمالة أو الرفقة والتي تعني وجود الاشخاص معـاً فـي ممارستهم لنشاط ما سواء كانوا في المدرسة أو النادي أو على ناصية الطريق.

وتعتبر جماعات الرفاق أو الاصحاب من أشد الجماعات الأولية تأثيراً على الشخصية ومن المعروف عادة أن أول بيئة يخرج اليها الطفل من عائلتـه هـي المدرسة، وخاصة في المجتمعات الحضرية. ويذهب الطفل إلى المدرسة فيتعرض

لفرص كثيرة للتقليد والاندماج والإيحاء وغيرها من وسائل اكتساب القيم والمبادي – لذلك تعتبر تجمعات الرفاق من أشد الجماعات تاثيراً على تكوين انماط السلوك الاساسية لدي المتعاطي والتي على ضوئها تتشكل شخصيته. ومن الجماعات مـا تكون متسقة مع السياق العام للمجتمع ومنها ما تكون منحرفة عنه وقد تعني هـذه الجماعات في فترات زمنية معينة من حياة الفرد كثيراً في نفسه أكثر مما تعنـي الأسرة.

وتتألف الجماعة أو الصحبه من متعاطين يتلمسون في تجمعهم وزمـالتهم عوضاً عن اهمال الوسط العائلي، وقوة الاحباط والفراغ والاهمـال الشـديد، أو القسوة الزائدة في المعاملة أو التدليل الزائد وفي الوقت نفسه فإن الشلة أو الرفـاق تمثل لبعضهم البعض القوة والمنعه - (كما نلاحظ ذلك لدي الأطفال المتشـردين "الشماسه") - تشبع بحاجتهم إلى تأكيد الذات والهروب من الضغوط الأسرية، كما يشعرون بأن كل منهم مرتبط بالآخرين وبأنهم عناصر في كلٍ واحد، ولذلك نجدهم يتهورون في سلوكهم بعد التعاطي بدافع من الاتزان وشـعورهم بالانتمـاء إلـى مجموعة الرفاق.

عوامل متنوعة:-

وعلاوة على العوامل الأساسية السابقة فان بعض العوامل الأخـرى التـي يمكن أن تؤدي إلى تعاطي المخدرات سواء كانت بمفردها أو التفاعل مع عامـل أكثر وهي:-

1. حرب المخدرات العالمية على الدول النامية والإسلامية خاصة.
2. التقاليد الغربية الضارة.
3. المعتقدات الفاسدة.
4. الكتب والروايات والمجلات والأفلام الرخيصة الغير خاضعة للجنة المراقبـة على المصنفات الفنية.
5. غياب وعدم وجود الوازع الديني.
6. عدم وجود الرقابة الاسرية المتكاملة.
7. سهولة الحصول على الأموال الشبه طائلة.

8. السفر للخارج ونقل الممارسات الخاطئة.

نستخلص مما عرضناه من عوامل مؤثرة فـي تكـوين ظـاهرة تعـاطي المخدرات أن الظاهرة تعد من الظواهر النفسية والسلوكية الغير سـوية المعقـدة المتعددة الجوانب والابعاد المختلفة المظاهر والنتائج ويمكن تلخـيص مـا سـبق عرضه في التي:-

1. أن الأسرة لها دورها الهام والذي لا يمكن اغفاله في حياة الابن وفي تربيـة وفي تنشئة وتشكيل شخصيته. بقدر صلاح هذا الدور الذي تقوم به ومقـدار تحملها وحسن قيامها بالاعباء ويصلح نموه وبقدر اضـطراب هـذا الـدور تضطرب شخصيته. وإن هذه الآثار التربوية الهامة لا يقتصر أثرها علـى مرحلة الطفولة بل تترك آثارها في كل حياة الطفل المستقبلية وتشكل مستقبل حياته فيما بعد.
2. أن سن الطفل الأولي لها أهميتها في ان لكل ما يشكلها وكل ما يؤثر فيها من أحداث وظروف تترك أثرها العميق في حياة الطفل بل تمتد هذه الآثار فـي حياة الطفل المستقبلية بدرجة لا يمكن تجاهلها، الأمر الذي يحـتم ضـرورة مراعاة سلامة العمليات التربوية التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلـة الحساسة من حياته.
3. كلما كانت الظروف العائلية والاجتماعية والاقتصادية ممتازة وقلت عناصر الرقابة والرعاية النفسية وفقد الود بين أفراد الاسرة يلجأ الأبن لتعاطي المادة المخدرة أكثر.
4. يناظر الفردية الهشة للمتعاطي في حالات كثيرة بنية هشة للبيئة العائلية.
5. إن سلامة الجو النفسي الذي يعيش فيه الابن وفي اسرته الضمان الأكيد الذي يحول بينه وبين التعاطي أو أي لون من ألـوان الأمـراض النفسـية أو أي اضطراب في تكوينه الشخصي والنفسي.
6. كلما اضطربت شخصية الفرد بتأثير عوامل بيولوجية أو اجتماعية أو نفسية غدت الظروف السيئة للأسرة أشد ضرراً وضاعفت من ضروب التعـاطي والشذوذ النفسي والاجتماعي.

المبحث الثاني

الاكتئاب

يري مستور (1975) الاكتئاب النفسي مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية لا يتألف من صور متميزة بل يكون اضطراباً تدريجياً مستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السوية ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي. أما حالة الاكتئاب الشديد فتتسم أيضا بعدم الميل إلى النشاط التي قد تصل في اغلب الأحوال إلى السكون التام والتوقف عن الحركة وتأخر العمليات العقلية.

كما يصاحب ذلك بعض الحالات مثل الاضطراب في النوم (ويتمثل هذا في الاستيقاظ المبكر) وفقدان الشهية إلى الطعام وارتخاء العضلات وكـذلك تضـاؤل الرغبة الجنسية. مستور (1975).

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، ويختلف هذا المرض في شدته من مريض إلى آخر ويشعر المريض بالاكتئاب بأعراض عديـدة فـي صورة أفكار سوداوية وتردد شديد وفقدان الشهية، وعـدم القـدرة علـى اتخـاذ القرارات والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات والمبالغة فـي تضـخم الأمـور التافهة والارق الشديد، والشعور بأوهام مرضية والمعاناة مـن بعـض الأفكـار الانتحارية. عكاشة، (1975)

وبالإضافة لذلك فقد وصف بيك الأعراض الاكتئابيه في بعـض المظـاهر مثل، المظاهر الانفعالية وكفقدان الفرد القدرة على الاستمتاع والمرح والضـحك والتقليل من قيمة ذاته، والمظاهر المعرفية تتمثل في تكوين صورة سـلبية عـن الذات، وتوجيه اللوم إلى الذات وتضخيم المشكلات وعدم القـدرة علـى الحسـم واستهزاءات للحط من قيمة الذات، أما المظاهر المتعلقة بالدوافع فتتمثل في شـلل يصيب الإرادة والرغبة في الهروب والموت، وتزايد الرغبات الاتكالية، المظاهر الجسمية (وتتمثل في التعب بسرعة وبسهولة)، وفقدان اللبيدو والشعور بـالأرق. وقام الرخاوي (1984) بتعريف أنواع مختلفة للاكتئاب.

أنواع الاكتئاب:-

1- الاكتئاب العصابي الدفاعي:

يري مستور (1975م) ويتميز هذا النوع بأنه مثل أي عصاب ليس سـوي فاعاً (ميكانيزمياً) للتخاص من جرعة زائدة من القلق غير محدد المعالم الذي يكمن وراء تهديد بوعي داخلي بجرعة غير مناسبة وهذا القلق يحمـل معـه التهديـد بالإحباط فيقوم الاكتئاب بإزالة هذا التهديد بان يعيش المريض خبرة خيالية وكـان الإحباط قد تم فعلاً وهذا التخيل رغم قسوته الظاهرة إلا أن وظيفته النفسية وظيفة توازنية بلا شك، ذلك أن النفس تستطيع أن تحتمل الإحباط الذي تم فعلاً واصـبح أمراً واقعياً بقدر اكبر من قدرتها على التهديد بالإحباط وهذا النوع من الاكتئـاب يسري عليه من ناحية السايكوباثولوجي كل ما قيل من المبادئ العامة التي تحكـم ظهور العصاب كما انه ليس مردافاً للاكتئاب التفاعلي والمـوقفي الـذي يعتبـر (إحباط فعلي) تم نتيجة لموقف فاشل أو حدث فاشل، وهذا التفاعل المفـرط لـيس دفاعاً عصابياً بالضرورة وأن كانت الحيل قد تسهم جزئياً في أحداثه، كما لا يجوز الخلط بين هذا النوع العصابي وبين نوع آخر يسمي الاكتئاب البسيط أو الاكتئاب الدوري المحدد بيولوجياً بنبض الحياة.

2- الاكتئاب التبريري العدمي:

وتميز هذا النوع من الاكتئاب باليـأس المستسـلم وهـو مكافئ للوجود الشزويدي حيث يتم التوازن النفسي من خلال اليقين الضلالي مـن أنه (لا فائدة من أي شئ) و(العدم هو الحقيقة الوحيدة) وهذا الموقـف الضـلالي العدمي قد صبغ الفن فترة زادت فيما بعد الحرب العالمية الثانية في العالم الأوربي خاصة الغربي بوجه خاص كنوع من التفاعل التلقائي لما أصاب الإنسان الغربـي من كوارث. بحتمية انتصار الحياة وتلقائية التطور وهذا النوع البـاكي المتبـاكي شديد الثبات كجزء لا يتجزأ من تكوين الشخصية.

3- الاكتئاب الأكبر المذنب:

وفي هذا النوع تكاد الحياة تتوقف في عجز كامل نتيجة لشـعور بـذنب لا يغتفر، وهذا قد يظهر في صورة أعراض تتحدث عنه، أو قد يكون بالمبالغة فـي

المظاهر التكفيرية المتزايدة مع درجة اقل من مظاهر الاكتئاب ويصاحب امتهـان للذات والتهوين من شأنها، وربما تضمن في نفس الوقت– ضمناً التركيز حولهـا والتحوصل فيها، ورغم الشكوي والمرارة فان الاعتماد على هذا الشعور والراحة للعملية التفكيرية المستمرة فعلاً أو تخيلاً يعتبر جزء لا يتجزأ من تركيز الشخصية الأساسي.

4- الاكتئاب التعودي الطبيعي:

وفي هذا النوع يتعود المريض على مشاعر الاكتئاب حتى تصبح عادة من عاداته وسمه من سماته وطبعاً ثابتاً لتصرفاته، ومع تأصل العادة في سن متأخرة نسبياً تصبح مكانها اضطراب مكتسب في الشخصية بما يميزه عـن الشخصـية الاكتئابية التي تصف الشخصية من سن مبكرة، فعموماً الإكتئاب مع أزمته يفرض حدته الوجدانية ويصبح اقرب عقلانية واقل أصالة.

5- الاكتئاب الطفيلي (اللازج):

إذا كان النوع الثاني العدمي (هو المكافئ للوجود الشيزويدي) فـان هـذا النوع هو المكافئ للوجود الانفصامي وليس الفصام، وفيه يبدو الشـخص لاصـقاً طفيلياً معتمداً كثير الشكوي ناعياً حظه متحوصلاً على ذاته فهو بهذه الحال يقـوم بتفصيل ميوله الاعتمادية الرضيعية ويبلغ تأصيل هذا النوع درجة تكافؤ الوجدان الفصامي المزمن.

6- الاكتئاب الدوري البيولوجي:

ويرتبط هذا النوع من الاكتئاب بالنبض البيولوجي للحياة الإنسانية .

أورد زيوت (1987) في الاكتئاب حالة من الألم النفسي يصل في الميل تحملاً إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالـذنب شعورياً وانخفاضاً ملحوظاً في تقرير النفس لذاتها ونقصان في النشـاط العقلـي والحركي والحشوي.

كما يعرفه جرجس (1994) بأنه حالة تتميز بأنقباض في المزاج واجترار للأفكار السوداء والهبوط في الوظائف الفسيولوجية وقد يصحب الاكتئاب المرض النفسي أو بعض الأوجاع العقلية المرضية، أو قد يكون أحـد طـوري المـرض

العقلي المعروف بدهان الهوس والاكتئاب، أو قد يحدث نتيجة التعرض لمشقة ما من قبيل الاستجابة المرضية لها.

ويعرف زهران (1974) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المزمنة الأليمة وتعبر عن نسيان مفقوداً وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذاته.

الاكتئاب حسب التصنيف الجديد في الـ (*DSM 4*):-

أما التصنيف الحديث لمرض الاكتئاب حسب ما جاء في الترتيب الجديد كما ذكر عكاشة (1998) في كتابه الطب النفسي المعاصر فان الاضطرابات المزاجية تشمل الاكتئاب الذي صنف وقسم حديثاً على النحو التالي:-

أ. نوبة اكتئابية خفيفة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية:

Depressive, Episode, Mild severity:

من أعراضه المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام والاستمتاع وزيادة الاحساس بالتعب وهي أعراض ينظر لها في العادة باعتبارها اكثر من أعراض الاكتئاب نموذجية، ويستدعي التشخيص الأكيد وجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض المذكورة أعلاه.

ب. نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو بدون أعراض جسمية:-

Depressive, Episode, Moderate severity:

يجب أن يتوفر أربعة أو اكثر من الأعراض المذكورة أعلاه وفي الغالب يتوفر عدد من الأعراض بدرجة بالغة ولكن لا يكون هذا ضرورياً إذا توافرت كمية واسعة من الأعراض المتباينة بشكل عام ويجب أن تستمر النوبة الاكتئابية لفترة أسبوعين على الأقل.

يجد الشخص الذي يعاني من نوبة اكتئابية متوسطة الشدة في العادة صعوبة بالغة في الاستمرار في القيام بنشاطه الاجتماعي أو المهني المعتاد.

ج. نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية

Severe Depressive Episode- without psychotic symptoms:

يبدو الشخص عادة ضيقاً أو متوتراً في النوبة الاكتئابية الشديدة مع فقدان تقدير الذات وعادة ما تكون الأحاسيس بعدم الفائدة أو الذنب بارزه، ويمثل

الانتحار خطراً محدداً في الحالات الشديدة بشكل خـاص. والمفتـرض هنـا أن الاضطرابات الجسدية سوف تصاحب واقعياً دائماً نوبة الاكتئاب الشديدة ويجب أن تتوافر كل من الأعراض الثلاث النمطية المذكورة في حـالات الشـدة والخفيفـة والمتوسطة بالإضافة إلى ثلاث أو اكثر من الأعراض الأخرى. والتي يجـب أن تكون شديدة ولكن إذا توفرت أعراض هامة مثل التوتر أو البطء البالغين عندئذ قد لا يكون المريض وصف أعراض كثيرة بالتفصيل. وهنا قد يكون من الممكن تقييم النوبة بشكل عام كنوبة شديدة، وينبغي أن تستمر النوبة الاكتئابية في العادة لمـدة أسبوعين على الأقل، ولكن إذا كانت الأعراض شديدة بشكل خاص وذات بدايـة سريعة فقد يبرر ذلك استخدام التشخيص قبل مرور فترة الأسبوعية. مـن غيـر المحتمل أن يستطيع الشخص أثناء نوبة اكتئابية أن يستمر في نشاطه الاجتمـاعي أو المهني أو المنزلي إلا بدرجة جزئية أو محدودة جداً. وتسـتخدم هـذه الفئـة للنوبات الفردية في الاكتئاب الشديد بدون أعراض ذهانية أما في النوبات التاليـة فتستخدم واحدة من الفئات المذكورة تحت اضطراب متكرر.

د. نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية:-

Sever Depressive Episode with Psychotic Symptoms: -

هي نوبة اكتئابية شديدة تستوفي المعايير المعطاة أعلاه، وتتوافر فيها الضلالات والهلاوس والسبات الاكتئابي وتتضمن الضلالات عادة أفكار عن الخطيئة والفقر أو كوارث متوقعه يحمل الشخص نفسه مسئوليتها وتتمثل الهلاوس أو السمعية أو الشمية غالباً في أصوات مشوهه للسمعة أو إلهامية أو في روائح قذرة وتعد تطور البطء النفس حركي الشديدة إلى سبات وإذا استدعي الأمر يمكن تعيين ما إذا كانت الضلالات أو الهلاوس ملائمة أو غير ملائمة. ويحتاج السبات الاكتئابي إلى أن يفرق عن الفصام الكتاتوني وعن السبات الانشقاقي وعن أشكال السبات العضوية، وتستخدم هذه الفئة فقط للنوبات الفردية من الاكتئاب الشديد مع أعراض ذهانية. أما في النوبات التالية فتستخدم أحد فئات اضطراب اكتئابي متكرر.

هـ. اضطراب اكتئابي متكرر (خفيفة أو متوسطة أو شديدة):

Recurrent Depressive Disorder: -

هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الاكتئاب كما هي موصـوفة فـي نوبة اكتئابية بدون أي تاريخ لنوبات مستقلة من ارتفاع المـزاج وفـرط النشـاط (هوس) ومع ذلك فقد يكون هناك نوبات قصيرة من ارتفاع المزاج أو فرط النشاط الخفيف (هوس خفيف). تعقب النوبة الاكتئابية مباشرة والتي تنشأ أحياناً بواسـطة علاج الاكتئاب وتشترك الأشكال الشديدة من اضطرابات الاكتئاب المتكررة فـي سماتها مع المفاهيم المبكرة للاكتئاب الهوس الداخلي وقد تحدث النوبة الأولي فـي أي عمر بداية من الطفولة وحتى الشيخوخة. وقد تكون البداية حادة أو تدريجيـة، كما تتراوح المدة بين بضعه أسابيع وشهور كثيرة لكنهـا تتحـرك بمعـدل اقـل وبالرغم أن الشفاء يكون كاملاً في المعتاد إلا أن نسبة قليلة من المرضى يظلـون مكتئبين، بشكل مستمر خاصة في العمر المتأخر. وقد تأتي النوبات الفردية بغض النظر عن شدتها في كثير من الأحوال. نتيجة لأحداث حياتية مليئة بالإجهاد ويكثر بين النساء ويضعف معدل النسبة عند الرجال. احتمال إصابة مريض الاضطراب الاكتئابي المتكرر بنوبة هوس، هو احتمال وارد دائماً بغض النظـر عـن عـدد النوبات الاكتئابية التي مر بها المريض وإذا حدث ذلك يجب تغير التشخيص إلـى اضطراب وجداني ثنائي القطب.

و. اضطرابات وجدانية مستمرة:

Persistent Mood (Affective) Disorder:-

هي اضطرابات مزاجية مستمرة وعادة مستقرة ينـدر أن تكـون نوباتهـا الفردية على درجة من الشدة تستدعي وصفها بنوبات هوس خفيف أو حتى نوبات اكتئابية خفيفة الشدة. ولان هذه الحالات قد تستمر لسنوات متواصلة وأحياناً تشغل الجزء الأكبر من حياة الشخص البالغ فأنها تتضمن ضيقاً وعجزا ذاتيا شديداً.

لكن في بعض الأحوال قد تحدث نوبات متكررة أو نوبة واحدة من الهوس أو الاكتئاب وهذه تضاف إلى اضطراب وجداني مستمر وقد روي تصنيف الحالات الوجدانية المستمرة هنا بدلاً من تصنيفها مع اضطرابات الشخصية لما دلت عليه دراسات العائلات من وجود ترابط وراثي بينها وبين اضطراب المزاج ولأنها تستجيب أحياناً لنفس العلاجات المستخدمة في اضطرابات المزاج، كذلك تم وصف نوعية من المزاج النوابي وعسر المزاج أحدهما مبكر البداية والثاني متأخر البداية.

1- المزاج النوابى:

يفسره عكاشة (1998) بأنه حالة مستمرة من عدم ثبات المزاج تتضمن فترات كثيرة من الاكتئاب والابتهاج الخفيف (الهوس الخفيف) كلاهما ليس بالشدة أو طول الدورة التي تبرر تشخيصه كإضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب اكتئابي متكرر، وكثيراً ما نجد هذا الاضطراب بين أقارب اصحاب الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وقد يصاب بعض أفراد المزاج الدوري باضطراب وجداني ثنائي القطب ويكون عدم ثبات يبدأ عادة في بداية الحياة ويتخذ مساراً مزمناً وان كان يحدث أحيانا أن يستمر المزاج ثابتاً وطبيعياً لشهور وعادة ما لا يري الشخص علاقة بين ذبذبات مزاجه وبين أي أحداث حياتية.

وتشخيصه يصعب التأكد منه دون فترة طويلة من الملاحظة أو دون تقدير فترة جيدة فوق العادة عن سلوك الشخص في الماضي لأن ذبذبات المزاج عادة خفيفة نسبياً ولأن الشخص قد يستمتع بها ويصبح اكثر إنتاجا في فترات ارتفاع المزاج.

ولذا فان المزاج النوابى كثيراً ما لا يصل إلى الانتباه الطبي وفي بعض الحالات قد يرجع ذلك إلى تغير المزاج بالرغم من وجود يكون اقل بروزاً من التغيرات الدورية في النشاط والثقة في النفس والسلوك الاجتماعي وللشهية للطعام.

2- عُسر المزاج *Dysthymia*:

يصفه عكاشة (1998) بأنه اكتئاب مزمن في المزاج، يستمر لعدة سنوات على الأقل وليس شديداً جداً أو ليست نوباته بالطول الكافي لتشخيص أي من الأشكال الشديدة أو المتوسطة أو خفيفة الشدة من اضطراب اكتئابي متكرر. وذلك بالرغم من أن مواصفات وشروط النوبة الاكتئابية خفيفة الشدة يمكن أن تكون قد استوفيت في الماضي خاصة في بداية الاضطراب ويتباين التوازن بين الأطوار المستقلة من الاكتئاب خفيف الشدة. وبين الفترات الطبيعية نسبياً الفاصلة بينهم وعادة ما تمر على الأشخاص فترات أسابيع وأيام يصفون فيها أنفسهم بأنم على ما يرام ولكنهم في اغلب الوقت يشعرون بالتعب والاكتئاب ويبدو كل شئ مجهداً لهم ولا يستمتعون بشيء إطلاقا ويجلسون في سكينة ويكثرون من الشكوى وينامون قليلاً.

اسباب الاكتئاب:-

يري عكاشة (1994) تعدد النظريات في تفسير الاضطرابات الوجدانية بما فيها الاكتئاب ويمكن تلخيص هذه النظريات التي تناقش أسباب الاكتئاب كالآتي:-

1- العامل الوراثي:

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الاكتئاب وقد تعددت الأبحاث في هذا الموضوع .. فقد أثبتت الدراسات أن التوائم المتشابهة أهمية العامل الـ وراثي في الإصابة بالاكتئاب وقد أثبتت هذه الدراسات أن الإصابة بالاكتئاب بين التـ وائم المتشابهة تصل إلى 65% وتقل نسبة الاصابة بين افراد العائلة وكلما تقـ دم سـ ن المريض بين المصابين وكلما وجدت مسببات وراثية.

وقد دلت عدة أبحاث على ارتباط الأمراض الوجدانية بصفة عامة ومرض الاكتئاب بصفة خاصة بعديد من الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ومنها:

(أ) الفصام: يعتقد عكاشة (1998) أنه توجد علاقة بين الفصام والاضطراب الوجداني فإذا تزوج مريض مصاب بانفصام من أخرى مصابة بذهان وجداني فسيكون أطفالهما أما فصاميين أو وجدانيين أو مزيجاً بين الاثنين بل يؤمن البعض انه أحياناً ما يبدأ الفصام بالذهان الوجداني، ويبدو أن الفرد هنا يولد وهو مهيأ بمورثات خاصة لاستعداد وراثي ضعيف للذهان بتفاعل المؤروثات مع البيئة.

(ب) يؤكد عكاشة (1994) ارتباط الذهان الوجداني بموروثات بالشخصية النوابية وان هذه الشخصية ما هي إلا استعداد وراثي ضعيف للذهان ثنائي القطب.

(ج) يري الأطباء أن ثمة علاقة بين الاضطرابات الوجدانية وامراض الشـ رايين وارتفاع ضغط الدم وامراض القلب والروماتيزم والبول للسكري، حيث انه لوحظ ترابط قوي بين هذه الأمراض. ويؤول هذا الترابط بتشابك الموروثات المسـ ئولة عن هذه الامراض.

2- الشخصية والتكوين الجسمي:

أورد عكاشة (1998) كما قال لانج (1928) وكذلك كرتشمر (1936) ان مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض. واهم صـفاتها تقلب المزاج والاكتئاب، والتشاؤوم، والزهد، والكسل العام، والتردد فـي اتخـاذ القرارات ولكن لا يصل تغير المزاج في هذه الشخصية إلى حد المـرض وعـدم التوافق الاجتماعي، كما انه لا يحب الاختلاط والانبساطية وسهولة التعامـل مـع الناس مع عدم الصلابة في الرأي.

تزيد نسب الاكتئاب بين النساء اكثر من الرجـال وتصـل النسـب 3: 2 ويؤول ذلك بان نساء يقبلن على العلاج والتردد على العيادة النفسـية أكثـر مـن الرجال. وان تشخيص هذه الأمراض في الرجال عسير بعض الشيء ويأخذ عـدة مظاهر خفية مثل توهم العلل البدنية والإدمان.

3- العوامل النفسية:

قال عكاشة (1998) أن عرفه ذكر (1973) دور العوامـل النفسـية فـي الإصابة بالمرض ويدعي أن كل العوامل النفسية هي نتيجة للمرض وليست سـبباً له.

أما رينيه (1942) كما أورد عكاشة (1988) فقد أكتشف في بحث له اسباباً نفسية في 80% من بين 208 من مرض الاكتئاب الذهاني ولم يستطيع اثبات هذه النسبة في باقي الحالات.

وقد تعددت النظريات النفسية في نشأة هذا المرض مـن احبـاط لـدوافع شعورية إلى عدم التوافق بين قدراته وانجازاته، ويري فرويد ان السبب المباشـر هو فقدان موضوع الحب مع التكوين للمرحلة الفمية في تكوين شخصـية الفـرد. ومن مدراس التفسير لمرض الاكتئاب:

(1) النظرية التحليلية: فسر فرويد وابراهام الاكتئاب على انه نكـوص للمرحلـة الفمية السادية في العقد الجنسي للشخصية، وان المكتئب يحمل شـعوراً متناقصـاً ناحية موضوع الحب الاول (الأم) ونتيجة للاحباط وعدم الاشباع في مرحلة نموه الأولي، يتولد عنده الاحساس بالحب والكراهية، والاهتمـام بـالآخرين، وعنـدما يصاب الشخص بفقدان عزيز أو يصيبه شئ وبعمليات دفاعية لا شعورية يـدخل

إلى دائرة الاكتئاب فيبدأ في الاحساس بالدونية واتهام الآخرين والاحسـاس بعـدم القيمة الذي يطلق الرغبة في الانتحار.

(2) النظرية المعرفية: ويلخصها رائدها بيك في ان الاكتئاب هو اضطراب فـي استراتيجية التفكير وتكوين نظم فكرية سـلبية ناحيـة المفهـوم الـذاتي والعـالم والمستقبل .. ومن ثم يجب ان يتجه العلاج نحو تفسير هذه النظم الفكرية السـلبية بأسلوب العلاج المعرفي بعد جعله ملائماً للثقافة والحضارة العربية حيث ان النظم المعرفية والدينية عندنا تختلف في خواصها عن البلاد الغربية، عكاشة (1996).

(3) نظرية تعلم العجز اسليجمان (1975): كما أوردها عكاشة (1998) وتتلخص في المواجهة لاحداث كرب ومشقة مستمرة تودي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة ومن ثم الإحساس باليأس والعجز وعدم القدرة ثم يتبع من ذلك أعراض الاكتئاب الأخرى. وقد بنيت هذه النظرية على أساس نظرية التعلم في الحيوانـات وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات ومثيرات.

(4) نظرية التهيؤ (براون وهايس): كما أورد عكاشة (1998) يعتمد على:-

أ/ التعرض لاحداث حياتية مؤلمة حديثة.

ب/ عوامل التهيؤ :

- فقدان الام قبل سن الحادية عشر.
- وجود ثلاثة أو أكثر من ثلاث أطفال عمرهم أقل من اربعة عشر عاماً.
- غياب الاحساس العاطفي الدافئ مع الزوج أو علاقة أخرى دافئة تساند الفـرد اجتماعياً
- العطالة او الوظيفة مؤقتة.

وقد عززت الابحاث العاملين الثالث والرابع وخاصة المساعدة الاجتماعيـة عنـد التعرض للكرب، ولكن لم يثبت صدق العاملين الأول والثاني.

4- العوامل الجسمية {الغدية، العصبية، الكيمياوية، الفسيولوجية}:

يري عكاشة (1998) أن هنالك علاقة للاعراض الاكتئابية مع اضطرابات الغدد الصماء، ونستطيع تلخيص هذه العلاقة في التالي:

أ/ تزيد الاعراض الاكتئابية اثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث وتشكو النساء مـن التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ، وسهولة التهييج العصبي مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء.

ب/ يتوقف الطمث أو يصاب باضطرابات شديدة اثنـاء الامـراض - المزاجيـة خاصة اثناء نوبات الاكتئاب والابتهاج.

ج/ تبدأ وتزيد وتشتد الاعراض الاكتئابية عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية في ما كان سابق يسمي اليأس.

د/ تظهر اعراض ثنائية القطب مبكرة بعد الولادة واثناء التغيـرات الفسـيولوجية والهرمونية التي تحدث اثناء هذه الفترة وكذلك مع تناول اقراص منع الحمل.

هـ/ يصاب مرضى المكسيديما (نقص افراز الغدة الدرقية) بـاعراض اكتئابيـة شديدة في حوالي 40% من الحالات بل وتبدأ الحالة احياناً بهذه الاعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية الجسمية.

و/ تصاحب نوبات الذهان الدوري من الاكتئاب والابتهاج مرض كشـنج (زيـادة افراز الغدة الادرينالينية) أو أحياناً خلال العلاج بالكورتيزون.

ز/ تقل نسبة الذهان الدوري قبل البلوغ وتزيد مع بدايته.

وايضاً توجد علاقة بين اضطرابات المزاج واضطرابات الجهاز العصـبي فقد ثبت أن كثير من امراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة اكتئابيـة أو ابتهاجيـة مثل زهري الجهاز العصبي، الشلل الاهتزازي وتصلب شرايين المـخ والصـرع وغيرها.

وان شفاء مرضى الاكتئاب بالجلسـات الكهربائيـة وأحيانـاً بالعمليـات الجراحية في الدماغ يشير إلى اضطراب اساسي في الجهاز العصبي وقد وجد ان الكثير من الامراض تقوم بدور العوامل الحافزة لنشأة هذا المرض ومن امثلة ذلك الانفلونزا، والادوية المستعملة لخفض ضغط الدم المرتفع.

ويقول عكاشة (1998) أن الابحاث التي اجريت مؤخراً وجد فيها أن نسبة المعادن في الجسم اثناء عمليات التمثيل الغذائي المختلفة فقد وجد مـثلاً ان جسـم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد 50% عـن طبيعتـه، أمـا الشـخص المصاب بالابتهاج فان هذه النسبة ترتفع إلى حوالي 20% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها. وان كنا قد ذكرنا عدة عوامل سابقة في نشأة هـذا المرض فان اهم هذه العوامل هي العوامل الكيمائية والتي أدت إلى تطور بالغ في علاج هؤلاء المرضى والتي احدثت ثورة في الطب النفسي والعقلي.

الاعراض الإكلينيكية للاكتئاب:-

تختلف الاعراض في هذا المرض بشكل واضح وعادة ما تزحف هذه الامراض ببطء نحو المريض واحياناً تظهر فجأة خاصة بعد عوامـل مثيرة مثل الولادة او العمليات الجراحية، ويلاحظ في عديد من الاحوال تغير فـي الشخصية والسلوك وذلك قبل ظهور الاعراض الإكلينيكية المميزة بل احياناً يبـدأ المرض باعراض عامة مثل صعوبة التركيز والتردد وعدم القدرة علـى اتخـاذ قرارات ايجابية كسابق عهد المريض وشكاوي وآلام جسـمية واعيـاء وشـعور بالتعب وتوهم علل بدنية ومحاولات للانتحار والادمان وغيرها.

وأكثر اعراض بداية الاكتئاب شيوعاً هـي التعـب والاعيـاء وصـعوبة التركيز، والآلام الجسدية، والارق، واختلاف المزاج مما سبق وذلك قبل الشكوى من الحزن والاكتئاب. ويمكن وضع الاعراض الإلكنيكية والاكتئاب تحت التقسـيم الاتي:

1/ الاعراض الاكتئابية:-

وتتميز بظاهرة هامة هي التغير النهاري وذلك ان شدة الاعراض تزيد في فترة الصباح وتتحسن تدريجياً اثناء اليوم حتى تقل حدتها مساء فيصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب والسواد .. ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ثم تقل تدريجياً بعد ذلك المعاناة النفسية. ويبدأ الاكتئـاب باعراض بسيطة تتدرج في الشدة ان لم تعالج في بدايتها فيشـكو المـريض أولاً بفقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة وانكسار النفس وهبوط الروح المعنويـة ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها ويبدأ في التساؤل عن اهميتها ويعيش المريض حالة من اليأس والانقباض. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادي او الصراع الحزين ثم تزيد حدة الاكتئاب ويشعر بفقدان الامل ويتخـل ماضـية وحاضـرة ومستقبلة الرعب والخوف والاكتئاب . ويصيبه الارتباك الشديد وتتكرر الاسـئلة مثل (لماذا لآياتي للموت؟) (الحياة لا تستحق) وهكذا وكأنة ينظر الحياة من خلال انبوب بدايتها ونهاياتها مظلمة.

2/ الاعراض السيكولوجية:

أ) الوظائف العقلية: تتأثر هذه الوظائف بالاكتئاب ويبدو ذلك في هيئة مميزة مـن البطء وقلة الانتباه والسرحان وعدم القدرة على التركيز واختفاء سـرعة البديهـة والاستجابة الانفعالية، بل وتتأثر أحياناً الذاكرة نظراً لصعوبة التركيز واسـتدعاء المواد الماضية ويتخلل هذا اعراض تردد واضح في اتخاذ القرارات وارتباك في السلوك مما يفقد المريض التلقائية والحسم في الامور.

ب) التفكير: ينتاب التفكير عدة اضطرابات اهمها الإجهاد الشديد عند التفكير فـي ابسط الاشياء وكأنه يقوم بعمل بدني شاق ثم تضخيم الأمور البسـيطة واجتـرار مضاعفاتها بطريقة تختلف عن طبيعته ويصاحب ذلك افكاراً بـالحوادث والقتـل

والموت. وكذلك يتميز التفكير بالخيال المستمر مـع الهمـوم اللانهائيـة ومـن العلاقات المميزة لهذه التفكير:

1. الاحساس بتأنيب الضمير والشعور بالذنب، اتهام نفسـه بالخطيئـة والتلـوث الحلقي والدونية، وتأخذ هذه الاعراض طبعاً غير واقعياً فنجد السيدة البالغة مـن العمر خمسين عاماً يؤرق ضميرها ابتسامتها لابن الجيران عنـدما كانـت فـي السادسة عشرة من عمرها.

2. توهم العلل البدنية: وهو أكثر الاعراض شيوعاً بل وكثيراً ما يبدأ المرض بهذه الظاهرة مما يجعل المريض يتجه خاطئاً في العلاج ويتردد على الاطباء الباطنيين الذين يعاودون الكشف عليه مراراً دون اكتشاف سبب عضوي لآلامه وعندما يقال للمريض أنك لا تعاني من شئ، هنا يشعر المريض بالطامة الكبـرى وذلـك ان الاطباء لا يصدقونه ولا يستطيعون تشخيص مرضه، وبالطبع يغيب على الطبيب في ذلك الوقت ان السبب هو مرض الاكتئاب. وتأخذ هذه الاعراض عادة طابعـاً مميزاً مثل الصداع الدائم في اعلي الرأس، والدوار والطنين فـي الاذن وضـعف التنفس وصعوبة الهضم وانتفاخ البطن. وقد يصل الامر إلـى اجـراء عمليـات جراحية مثل استئصال اللوزتين والزائدة الدودية وعمل مئات الاشعات والتحليلات دون جدوى. وتزيد هذه الاعراض صباحاً عن المساء.

3. الشعور بعدم الاهمية: معه التقليل والحط من قيمة الذات أي الاحساس بالدونية واحتقار النفس وهنا تبدأ الافكار الانتحارية وعندما تزيد وطأة هذا الاحساس تظهر الضلالات ويتميز الاكتئاب بضلالات مميزة.

4. الضلالات: يغلب على مرضى الاكتئاب الضلالات العدمية وتعني الاحسـاس بفقدان او غياب احد اعضاء الجسم او توقفه عن العمل فيشكو المريض بأن رأسه فارغ وان المخ اختفي او ان الجهاز الهضمي توقف عن العمـل ويـداوم علـى المعاناة من فراغ صدره من الرئة والقلب وأحياناً تبدأ هناك هذاءات اضطهادية .

ج) اختلال الآنية والعالم الخارجي: (تبدد الذات والواقع):

يشعر المريض بأنة قد تغير وفقد شعوره بالمباهج السابقة وانـه لا يشـعر بالالام او السعادة ويحس بانه قد تغير في سلوكه بل ان العالم حوله قد تغير فاصبح لا يعطيه نفس الاستجابة وانه ينظر إلى الحياة من خلال سحابة كثيفة معتمة.

د) الهلاوس والخداعات:

تظهر أحياناً بعض الهلاوس السمعية والبصرية مع مرضى الاكتئاب وعادة ما يتوافق محتواها مع باقي التفكير السوداوي فنجد الاصوات تتهم المريض بأنة لا يستحق الحياة وان الموت ينتظره وانه محتقر وفاشل وفقير وكذلك يري هلاوسـاً بصرية في هيئة اشباح مفزعة وجثث وتظهر الخداعات في هيئة سؤ تأويل للواقع وأيضا يأخذ هذا التأويل الطابع السوداوي.

هـ) كثيراً ما يطلق الاكتئاب اعراضاً عصابية هستيرية او قهريـة ممـا يجعـل الطبيب أحياناً يميل إلى تشخيص العصاب ولكن يجب اخذ كـل الاعـراض فـي الاعتبار حتى لا يغيب تشخيص الاكتئاب في مثل هذه الحالات.

3/ الاعراض الفسيولوجية:-

وهي من أهم الاعراض التي تميز الاكتئاب للذهان ويعتقد البعض ان هـذا الاكتئاب اضطراب فسيولوجي أولي بسبب اضطراب المواصلات العصـبية فـي مراكز الانفعال في الدماغ خاصة الهيبوثلاموس والمـخ الحشـوي ممـا يسـبب الاعراض آلاتية:-

أ. اضطراب النوم: وهو أكثر الاعراض شيوعاً ويعاني المريض من الارق الشديد الذي يجعل حياته سلسلة من المعاناة والالام ويختلف نوع الارق تبعاً لشدة المرض، وأحياناً ينام المريض ويصحو صباحاً وكأنه قد قطع رحلة مضنيه شـاقة مرهقـاً متعباً وكأنه لم ينم طوال الليل.

أما الارق المميز للاكتئاب الشديد فهو اليقظة في الفجر او حوالي الثانيـة صباحاً بعد النوم لمدة بسيطة وعدم قدرة المريض على الخلود للنوم ثانية وهي من اتعس فترات مريض الاكتئاب حيث ينتابه الشعور بالحزن والناس نيـام. هنتـون (1963) وأحياناً قد يعاني مريض الاكتئاب من الافراط في النوم ويظهر ذلك في حوالي 10-15% من الحالات.

ب. فقدان الشهية: وهي ايضا من العلامات المميزة للاكتئـاب واحـد اعـراض الكسل العام الذي يعتري الجهاز العصبي والهضمي وباقي اجهزة الجسم ويحتمـل ايضاً رفض الطعام كرغبة خفية في الانتحار او لاعتقاد خاطئ بعدم احقيته لهـذا الطعام ويؤدي فقدان الشهية اذا استمر لفترة طويلة إلى نقص واضح في الـوزن إلى درجة الهزال وسرعان ما يعود الوزن إلى طبيعته بعد العلاج.

ج. الامساك: ويظهر في حالة المصران العصبي ويستمر عند بعـض المرضـى شهوراً وسنوات في شكل امساك مزمن ويجب ان يتذكر المريض عنـد مواجهـة حالة امساك مزمن مصحوب ببعض الاعراض السابقة ذكرها.

د. الضعف الجنسي واضطرابات الطمث: يلاحظ المرضى عادة لا يهـتم بجميـع الاعراض السابقة ولكن عندما يبدأ الاحساس بالضعف الجنسي وفقـدان الرغبـة وسرعة القذف وضعف الانتصاب عندئذ يهرع المـريض إلـى الطبيـب طالبـاً المعونة، وفقدان القدرة الجنسية عند الرجل من اهم الاعراض التي تميز مـرض الاكتئاب. وهنا يؤول المريض اكتئابه للضعف الجنسي والعكس صحيح لانه فقـد القدرة لاصابته بمرض الاكتئاب.

وتشعر المرأة ايضاً بالنفور من الجنس والبرود الجنسي عند بدء الاكتئـاب وكثيراً ما تضطرب الدورة الشهرية قبل انقطاع الطمث إلى كثرة تردده إلى نزيف شديد. اذن يجب التذكر ان كثيراً من الاضطرابات الجنسية يكون سـببها اكتئابيـاً يختص وراء هذه الاعراض مما يجعل الشخص يتجه اتجاهاً خاطئاً منذ البداية.

4/ الاعراض السلوكية: -

يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة في حياة الفرد وينعكس ذلك في كل تصرفاته وسلوكه وتستطيع تلخيص هذه الاعراض كالاتي: -

أ. المظهر الخارجي:

يبدو على وجه المريض سمة من الحزن والكآبة فتظهر عيناه متعبة ومرهقة وترسم على الشفاه علامات الامتعاض واليأس ويتكلم بصوت منخفض متهدج الصوت متقطع وكلماته بسيطة.

ب. السلوك الخارجي:

تقل قدرة المريض على العمل بل ويرفض أحياناً الذهاب إليه، وتصبح الزوجة غير قادرة على القيام بالاعباء المنزلية أو العناية بأولادها ثم ينعزل المريض عن المجتمع ويرفض مقابلة اصدقائه ويعزف عن انشطته العادية. فلا يهتم المريض بملبسه ومسكنه ويلاحظ تحسن المريض بالبدء في الاهتمام بمظهره والعناية بنفسه ويؤخذ ذلك في الاعتبار عند تقييم درجة الشفاء.

ج. النشاط الحركي {السبات والتهيج}:

يتميز مرض الاكتئاب بالهبوط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسمي الذي يصل أحياناً إلى حد عدم الحركة والشلل التام والغيبوبة الاكتئابية، وهنا يتوقف المريض عن الحركة والكلام والطعام والشراب، وتحتاج مثل هذه الحالات إلى الدخول الفوري للمتشفي، وأحياناً ما يصاب مريض الاكتئاب بعكس هذا ويصبح في حالة شديدة من الاثارة والتهيج وتزيد حركته لا يستطيع الجلوس ويبدأ في السير ذهاباً واياباً دون توقف وتظهر هذه الاعراض بوضوح في حالات اكتئاب توقف الطمث.

د. الانتحار:

يعتبر الانتحار في الاكتئاب من اكثر الاعراض خطورة نظراً لما يحويه من انهاء الفرد لذاته، 5% من حالات الانتحار الناجح يكون سببه الاكتئاب والذي لم يتم تشخيصه ويؤول ذلك ان هذا المرض احياناً ما يزحف ببطء وباعراض خفيه كاعراض جسمية او ارق او اضطرابات جسمية او عدم احساس المريض

بما حوله ويكثر الانتحار بين المسنين وأحياناً ما يصاحب عملية الانتحـار قتـل بعض او احد الاعزاء او الاقرباء، ولا يقتل المريض للرغبة فـي القتـل ولكـن اعتقاداً منه انه ينقذ احبائه من هذه الدنيا المظلمة والتعاسة الابدية وانه لا يستطيع تركهم يعانون كما عاني هو فنجد الزوج يقتل أولاده وزوجته ثم ينتحـر او تقتـل الام طفلها ثم تنتحر.

ومما يزيد التشخيص تعقيداً وجود زمله من الاعـراض بـدون السـمات الاكتئابية ولذا فهي تسمي احياناً بالاكتئاب الباسم، او الضاحك ويتميز هذا النـوع بالاعراض والشكاوي الجسدية.

مآل ومصير الاكتئاب

يري عكاشة (1994) اختلاف سير المرض تبعاً للفرد ونوع وشدة النوبـة ولكن عادة ما ينتهي الاضطراب الوجداني. من اكتئاب أو مرح شديد أو خفيـف بالشفاء والتحسن الكامل، وتختلف مدة المرض اختلافاً شديداً ولكن غالباً ما تتراوح بين ستة شهور إلى عام كامل وذلك اذا تركنا المـرض دون عـلاج او تـدخلنا بالعلاجات الحديثة المتعددة فنستطيع ان نقلل فترة المرض إلى مدة تتراوح بين 4-8 اسابيع.

والعلاج بالوقاية من الاكتئاب اصبح ركناً اساسياً في العلاج لمنع تكرار نوبـات المرض وهناك بعض العوامل تضئ لنا الطريق في احتمال شقاء المريض بسرعة واهمها:

1. النوبة الاولي: فاذا كان المريض قد عاني من عدة نوبات متكررة من قبل يقل احتمال شقائه عن المريض الذي يعاني من الذين لأول مرة.
2. يعطي ظهور المرضى فجأة فرصة احسن للتحسن في زحف المرضـى بـبط نحو المريض.
3. تتحسن الاضطرابات التي حدث تلقائياً دون مسببات حيث يلعـب الاسـتعداد الوراثي دوراً قوياً.
4. كلما قلة سن المريض كلما كانت الفرصة في الشفاء أكبر.
5. تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للامراض الوجدانية.
6. تكامل شخصية المريض قبل المرض تشير إلى احتمالات كبيرة فـي الشـفاء عنها في الشخصية العصابية او العاجزة.

أما العوامل التي تسئ إلى مصير المرض فأهمها:-

1. النوبات المتكررة وخاصة نوبات الاكتئاب المتفاوته مع نوبات المرح.
2. اذا زادت سن المريض عن 50 سنة عند بدء المرض.

التشخيص الفارق

يري عكاشة (1998) انه يجب تعريف الاضطرابات المزاجية عـن عـدة امراض اهمها:-

1. الذهان العضوي: يبدأ أحياناً الذهان العضوي مثل زهري الجهـاز وتصـلب شرايين المخ واورام المخ، والشلل الاهتزازي، والتصلب المتناثر ولذا يجب فحص المريض بدقة وعناية وخاصة الجهاز العصبي قبل تشخيص الـذهان الوجـداني وخاصة ان الذاكرة والاهتداء والذكاء والوعي والشخصية لا يصيبها تغيراً ملموساً في الذهان الوجداني ولكنها أعـراض ثانويـة لسـرطان القولـون والبنكريـاس وغيرهما، ونقص الاكسجين في المخ من جراء هبوط في القلب او وظائف التنفس كذلك مع هبوط الكبد والكلية وأحياناً ما تصاحب الاعـراض الاكتئابيـة للغسـيل الكلوي. لذا يجب التأكد والحرص وعمل الابحـاث اللازمـة والفحـص الـدقيق لاستبعاد الاكتئاب العضوي قبل الاتجاه للعلاج.

2. الفصام: يجب التفريق بين الفصام والذهان العضوي والذهان الوجـداني فـي التشخيص المفارق للفصام ويعتقد عكاشة (1998) ان الخطأ الاكثر شـيوعاً هـو تشخيص الاضطرابات الوجدانية بالفصام وليس العكس وخطورة هذا الخطأ فـي مصير المرض والمريض وخاصة في اذهان الناس واعتقادهم الخاطئ بان الفصام لا يشفي، وأحياناً يصبح من العسير تفرقه الفصام عن الـذهان الوجـداني ولكـن بمتابعة المريض لمدة طويلة وتقييم الاعراض المختلفة، نستطيع تحديـد نوعيـة المرض.

3. العصاب: يخطي الكثيرين بتشخيص العصاب عند ظهور الامراض العصـابية خاصة القلق والهستريا والوسواس القهري في بداية الاضطرابات الوجدانية ولكن يجب اخذ الشخصية السابقة للمرض والتاريخ العائلي وباقي الاعراض الإكلينيكية في الاعتبار قبل الانتهاء من تشخيص حالة العصاب والعكـس صـحيح. وعنـد

ظهور اعراض عصابية لأول مرة بعد مرض عضوي ادي إلى هذه الاعـراض العصابية.

4. امراض اخري: كادمان الخمر والحمي المخية ومرض الايـدز واضـطرابات الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية واستعمال عقاقير معينة مثل المسـتعملة فـي خفض ضغط الدم ومنع الحمل والروماتيزم ولكن تظهر هنا بوضوح الاعـراض الجسمية الاخري وتشوش الوعي.

علاج الاكتئاب :-

يبدأ علاج الاكتئاب باتخاذ قرار هام الا وهو تحديد ما اذا كان العلاج يـتم خارج او داخل المستشفي ويتطلب هذا القرار حزماً من المعالج نظراً لمعارضـة الأهل دخول قريبهم المستشفي بل معارضة المريض الذي يعاني مـن الاكتئـاب اخول المستشفي ويعتقد عكاشة (1994) ان معظم حالات الذهان الوجداني يمكـن علاجها خارج المستشفي ان توفرت الظروف الاجتماعية المناسـبة والاشـراف الطبي المستمر.

أما الاسباب التي تحتم ادخال مريض الاكتئاب والاضطراب الوجداني المستشـفي فهي كالتالي:-

1. فقدان الاستبصار بالمرض في الاكتئاب وبالتالي رفض العلاج باي صورة.
2. حالات الذهول والسبات والغيبوبة الاكتئابية.
3. رفض الطعام والشراب مما يشكل خطورة على الحياة.
4. محاولات الانتحار المتكررة.
5. اذا كانت الحالة الصحية الجسمية لا تسمح بالعلاج في المنزل.
6. كثرة الحركة او هبوطها لدرجة ان اقرباء المريض لا يستطيعون العنايـة بـه

وبعد اتخاذ القرار بالنسبة لمقارنة العلاج تبدأ العناية بالمريض بالطريق الآتية:-

أ. العلاج النفسي والاجتماعي.

ب. العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب وعقاقير الوقاية.

أ. العلاج النفسي والاجتماعي:

يكون هذا النوع من العلاج اساسي لاقامة علاقة وثيقة بين المريض والمعالج، ويتجه العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشاكل المريض وصراعاته الداخلية واعطاء الامل بالشفاء ثم تشجيعه على مقاومة هذه الافكار السوداوية ويجب حث المريض على الإفضاء بكل متاعبه للطبيب الذي يجب بدوره ان يفسر للمريض عدم صحة اعتقاده بالبؤس والفقر والذنب وان كل ذلك من أعراض اضطرابه المرضي، ولا يصح اطلاقاً نصيحة مريض الاكتئاب الشديد بالذهاب إلى الشواطئ او تغيير البيئة كما يحدث في الاكتئاب النفسي. لان وحدته هناك وعدم مشاركته بالمباهج المختلف ستعزز افكاره السوداوية والانتحارية.

ولا شك ان خلط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو احسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب خاصة للوقاية من النكسة واكثر العلاجات النفسية المستعملة في الاكتئاب هي العلاج النفسي السلوكي المعرفي والعلاج النفسي عبر الشخصية.

ب. العلاج بالعقاقير:

يعطي مريض الاكتئاب بعض المهدئات الكبرى او الصغرى (Major Tranquilizer or Minor Tranquilizer) في بدء العلاج حتى تبدأ العقاقير المضادة للمرض في العمل ولا ينصح بالاستمرار على المنومات لمدة طويلة حتى لا يقع المريض في الادمان والتعود وتدل الابحاث الحديثة ان المنومات مثل مشتقات الباربيتورات والكحول تفقد فاعليه العقاقير المضادة للاكتئاب بنسبة 50% ولذا يستحسن اعطاء مضادات للاكتئاب المنومة ليلاً بدلاً من المنومات.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

1/ أما في دراسة الطالب محمد حسن عبد الحفيظ بعنوان المخدرات أنواعها وانتشارها وسبل مكافحتها كبحث تكميلي لدرجة زمالة الإدارة العليا بجامعة الخرطوم سنة 1987م. هدفت الدراسة لإلقاء الضوء على حجم سوء استعمال المواد المخدرة بجميع أبعادها وأثر ذلك على المجتمع وانعكاسها السلبي على الأسرة والدولة اقتصادياً واجتماعياً ودينياً وعلى صحة الفرد.

الدراسة قامت على المنهج التحليلي شملت الدراسة فئات مختلفة من متعاطي المواد المخدرة. بجانب المعلومات المستقاة من إحصائيات الشرطة المحلية للمنظمات الدولية ذات الاختصاص.

اعتمدت الدراسة على البيانات والمعلومات التي تحصلت عليها عن طريق تحليل استبيان والنشرات الدورية التي تصدرها الهيئات الدولية المتخصصة في مجال مكافحة المخدرات التابعة للأمم المتحدة.

ومن نتائج الدراسة أن اغلب متعاطي المواد المخدرة من الشباب تتراوح أعمارهم بين 17-42 سنة، معظمهم يعمل في مجال المهن اليدوية واعمال الحديد وغيرها من المهن التي تتطلب بذل الجهد البدني، وأغلبهم لا يتربطون بمسئوليات أسرية (غير متزوجين).

وأتفق الكثير منهم على أن طبيعة عملهم لها أثر كبير في تعاطي المخدرات، نسبة للجهد الذي يبذلونه طوال ساعات اليوم والذي يخلق لهم العزلة عن أسرهم وأصدقائهم كما أن التعب والإرهاق يكسبهم نوع من الكآبة.

2/ أما دراسة حاتم عبد الرحمن وراق بعنوان: (علاقة الاكتئاب بإدمان بعض المخدرات)، لنيل درجة الماجستير، جامعة الخرطوم في ديسمبر 1996م هدفت إلى معرفة العلاقة بين تعاطي المخدرات والاكتئاب، حجم عينة البحث 120 فرداً من الذكور تم اختبارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، استخدم الباحث المنهج الوصفي وكانت فروض الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات

الاكتئاب بين مدمني الحشيش والأفراد العاديين أيضاً من بين هذه الفروض توجـد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاكتئاب حسب الفترة الزمنية لتعاطي المخدر كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاكتئاب للأفراد فـي المسـتويات المختلفة لتكرار التعاطي.

لقياس الاكتئاب استخدم الباحث (مقياس بك المصغر) استخدم الباحث أساليب إحصائية مثل اختبارات الفروق لمتوسط مجموعتين مستقلتين وتحليل التباين الأحادي وكانت النتائج أن الدراسة أكدت وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة الاكتئاب بين تعاطي الهيروين والافراد العاديين، وبين الأفراد العاديين ومتعاطي الهيروين في درجة الاكتئاب وكذلك المصابين لأسباب أخرى. كما وجدت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متعاطي المخدر، أي انما متساويان. كما وجدت الدراسة فروق ذات دلالة احصائية في متغير الاكتئاب حسب الفترة الزمنية في تعاطي المخدر إلى مده تعاطيه كماوجدت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاكتئاب حسب تكرار تعاطي المخدر.

3/ في دراسة لنيل درجة الدكتوراه للطالب سليمان عيسي إسـماعيل: (السـمات الشخصية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لشريحة مدمني المخـدرات فـي ليبيا)، جامعة الخرطوم – 1997م.

هدفت الدراسة إلى التعرف على السمات الشخصية والخصائص الاجتماعية لشريحة مدمني المخدرات في ليبيا.

اختار الباحث عينة قوامها (100) فرد من مدمني الحشيش بمصحة الرازي العلاجية وسجن طرابلس وعينة مكافئة لها في العمر والعدد والناحية الاجتماعيـة من غير المدمنين (الأسوياء) بكل من طرابلس وبغازي وسبها.

استخدم الباحث مقياس كاتـل العـاملي للشخصـية ومقيـاس المسـتوي الاقتصادي والاجتماعي ومقياس السلوك الديني. استخدم الباحث اختبـار "كـا2" واختبار "ت" للفروق والنسب المئوية في تحليلاته الإحصـائية. وكانـت نتـائج الدراسة وجود فروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في السمات الشخصية لصالح غير المدمنين كما وجد فروق بين مدمني الهيروين ومدمني الحشيش فـي السمات الشخصية لصالح مدمني الهيروين في كل من الذكاء، وضبط الدوافع.

كما توصلت الدراسة إلى ان مدمني المخدرات أكثر عرضة لفقد اوزانهـم من غير المدمنين كما توصلت النتائج إلى عدم وجود صلة بين الناحية الاجتماعية للمدمن ونوعية المخدر المستعمل.

مناقشة الدراسات السابقة:-

أما دراسة محمد حسن عبد الحفيظ كانت دراسة وصـفية اعتمـدت علـى السمنار، الاستبيان والنشرات الدورية وتعددت متغيراتهـا ولـم تتنـاول دراسـة علاقات بين متغيرات، وتختلف عن هذه الدراسة في استخدامها أسـلوب قياسـي محدد الثبات والصدق وتناولها لشـريحة طلابيـة محـدودة، وعلاقـة التعـاطي بالأمراض النفسية (الاكتئاب).

أما دراسة حاتم وراق قد تكون أقرب الدراسات لهذه الدراسة من السابقتين لها، رغم اختلافهما في عدد ونوعية الدراسة، ولكن تتشابها فـي أنهمـا وسـط الشباب، قد حصرت هذه الدراسة وسط الفئة الطلابية، كما تتشـابهان معـاً فـي استخدامهما لمقياس بك المصغر للاكتئاب مما بين تناولهما لعلاقة المرض النفسي بتعاطي الحشيش.

في الدراسة الأولي للطالب/ سليمان عيسي تناول فيهـا البحـث شـريحة متعاطي الحشيش وهي نفس الفئة المتناولة في الدراسة غيـر أن هـذه الدراسـة اهتمت بالشريحة الطلابية فقط، كما تناولت هذه الدراسة علاقة الحشيش بالاكتئاب أي الاضطرابات النفسية.

الفصل الرابع

منهجية البحث

الدراسة قامت على المنهج الوصفي التحليلي وهي عبارة عن دراسة ارتباطية بالنظر في علاقة إدمان الحشيش بالإكتئاب النفسي.

المنهج الوصفي التحليلي:-

أن المنهج الوصفي يهتم برصد الوقائع ومعرفة العلاقات بـين التغيـرات ودرجة الارتباط بينهما فالباحث يري أن هذا المنهج هو الأنسب لهذه الدراسة أكثر من المناهج الأخرى.

مجتمع الدراسة:-

أخذت عينة الدراسة من مجتمع متعاطي الحشيش وسط طلاب كـل مـن جامعات (الخرطوم، النيلين، السودان، الأحفاد) بولاية الخرطوم.

كيفية تحديد العينة:-

تم تشخيص حالات الإدمان على حسب الحالات التي تعاطت الحشيش أكثر من ثلاثة مرات ولمدة أكثر من ثلاثة شهور ونتج عن هذا التعاطي أثـاراً نفسـية وجسدية، كما ظهرت لديها أعراض السحب عند التوقف عن تعاطي الحشيش مثل (الصداع، الحمي، القلق، الاكتئاب، والرعشة).

كما أورد طه (1994) في الأسس العصبية للاعتماد على المخدرات.

مقياس بك المصغر:-

هو من تأليف (آرون بك) وزملاءه واعده غريب عبد الفتاح غريب سـنة 1985م، يشتمل على 13 بنداً أو سؤالاً، ويقيس أعراض الاكتئاب.

وكل بند أو سؤال له أربعة (4) إجابات لكل إجابة درجـة معينـة وعلـى أساس مجموع الدرجات الكلي للمفحوص تحدد درجة الاكتئاب.

قام الباحث بتصميم استمارة دراسة حالة تحوي معلومـات عـن الحالـة الاجتماعية والصف والكلية التي يدرس بها الطالب حتى تكون المعلومات مكتملة لتحقيق أهداف البحث.

مفتاح التصحيح:-

مدى الدرجة	درجة الاكتئاب
4-0	عادي
7-5	بسيط
15-8	متوسط
+16	حاد

إجراءات تقنين المقياس:-

إستند الباحث على درجتي الثبات والصدق للمقياس في دراسة حاتم عبـد الرحمن وراق لنيل الماجستير بعنوان: (لإدمان بعض المخدرات وعلاقتها بمرض الاكتئاب)، جامعة الخرطوم – 1996م.

والذي أوجد له درجة ثبات قدرها 0.95 درجة صدق ذاتي 0.87 على نفس عينة متعاطي الحشيش.

ومن هنا يري الباحث أن درجتي الثبات والصدق السابقتين مـن تطبيـق المقياس على البيئة السودانية كانت درجات عالية مما يعنـي إمكانيـة اسـتخدامه وتطبيقه في الدراسات العلمية على البيئة السودانية.

إجراءات اختبار العينة:-

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين:-

1. عينة متعاطي الحشيش من الطلاب والطالبات.
2. عينة ضابطة من غير المتعاطين (الطلاب العاديين).

عينة المتعاطين للحشيش تتكون من 22 طالب وطالبة بمتوسـط عمـري 23.8 وكان عدد الذكور منها 16 طالب بمتوسط عمري 21.8 وعدد الإنـاث 6 طالبات بمتوسط عمري 22 سنة.

كان من العينة ثمانية (8) طلاب وطالبات يتلقون العـلاج بوحـدة الطـب النفسي عيادة جامعة الخرطوم، أما العدد المتبقي فقد تم الحصول عليـه بإرشـاد زملاءهم المتعاطين السابقين الثمانية وذلك عن طريق توزيع اسـتمارات إختبـار (بيك المصغر) والاستمارة على هؤلاء الثمانية (8) متعاطين وباقي العينة الذي تم الحصول عليهم بواسطتهم كان 14 طالب وطالبة، لم يضع الباحث شروط مسـبقة لأخذ العينة وإنما ضم كل عدد الطلاب والطالبات الذين تم الحصول علـيهم إلـى عينة الدراسة لذا تصبح العينة (كلية).

العينة الضابطة للدراسة:-

أما العينة الأخرى والضابطة من الطلاب والطالبـات غيـر المتعـاطين (العاديين) تكونت من 22 طالب وطالبة بنفس الجامعات وروعي فيهـا التطـابق والتجانس التام في النوع والمستوي والتخصص.

وقد تم اختيار هذه العينة بشكل عشوائي لطلاب غير متعاطيين للحشـيش للنفس الكليات التي تم اختيار عينة الدراسة منها وشملت (22) طالب كـان عـدد الذكور (16) والإناث (6) بمتوسط عمري (22سنة). وبعد أن تم توزيع الاختبار عليهم وجدت نسبة الاكتئاب عندهم عادية.

صفات ومميزات العينة

جدول (1)

يوضح تفاصيل العينة الكلية من حيث النوع

تفاصيل العينة	عدد العينة	**النسبة المئوية**
العينة الكلية	22	%100
الطلاب (ذكور)	16	%72.7
الطالبات (إناث)	6	%27.3

جدول (2)

يوضح تفاصيل العينة من حيث نوع الكلية (علمية - نظرية)

العينة الكلية	**عدد أفراد العينة بالكليات العلمية (ذكور - إناث)**	**عدد أفراد العينة بالكليات النظرية (ذكور - إناث)**
22	17	5

جدول (3)

يوضح توزيع عينة الإناث (الطالبات) على حسب نوع الكلية

العينة الكلية للإناث	**الإناث بالكليات العلمية**	**الإناث بالكليات النظرية**
6	5	1

جدول (4)

يوضح توزيع عينة الذكور على حسب نوع الكلية

العينة الكلية للذكور	**الذكور بالكليات العلمية**	**الذكور بالكليات النظرية**
16	12	4

التحليل وعرض النتائج

عرض نتيجة الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية بين إدمان الحشيش ومستويات الاكتئاب لدي طلاب الجامعات بولاية الخرطوم.

جدول رقم (5)

يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين إدمان الحشيش ودرجة الاكتئاب

قيمة الارتباط	*القيمة الاحتمالية*	الاستنتاج
0.36	0.001	يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين المتغيرين عند مستوي الدلالة 0.05

قيمة نتائج معاملات الارتباط التي أظهرت وجود علاقة ارتباط إيجابية بين إدمان الحشيش ومستوي الاكتئاب وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوي 0.05 .

مناقشة نتيجة الفرض الأول:-

توجد علاقة ارتباطية بين تعاطي الحشيش ومستويات الاكتئاب لدي طلاب الجامعات بولاية الخرطوم.

أظهرت التحاليل في هذا الفرض وجود علاقة ارتباطية ما بين إدمان الحشيش والاكتئاب.

كما ورد في هذا الإطار النظري لهذا البحث ما ذكره البار(1989) أن الاسباب التي تدفع إلى الإدمان هي نفسها الاسباب التي يمكن ان تؤدي إلى الاكتئاب او اعراضه مثل الآلام الجسدية وضغط العمل المستمر والروتين القاسي والاحباط والفراغ والمشاكل الاسرية.

كما جاء في الاطار النظري تحت الاسباب المؤدية لتعاطي المخدرات عكاشة (1998) أن علاقة الأبوين وأثرهم على الطفل والاسرة وما يرتبط بها من طرق تنشئة والعلاقات الانفعالية في الاسرة وأسلوب التربية العائلية لها دور في الادمان ونفس الاسباب التي وردت يمكن ان تؤدي إلى الاكتئاب.

كما أن دراسة (حاتم وراق) في الدراسات السابقة والتي سبقت هذه الدراسة اوجدت فروقاً ذات دلالة احصائية في درجات الاكتئاب بين مدمني الحشيش والافراد العاديين لصالح مدمني الحشيش كما أكدت الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متعاطي الحشيش والهيروين وهذا يطابق نتيجة الفرض الرابع في هذه الدراسة.

ومن خلال عمل الباحث وسط الطلاب بوحدة الطب النفسي بجامعة الخرطوم لاحظ الباحث أن الصراع والإحساس بالذنب لدي المدمن وعدم المقدرة

على العمل نتيجة الإدمان ونظرة المجتمع للمدمن كلها أسـباب قـد تـؤدي إلـى الاكتئاب. وأحياناً يكون تعاطي المخدرات بسبب مرض الاكتئاب كما أن التعاطي يمكن أن يدخل المتعاطي إلى دائرة الاكتئاب.

عرض نتيجة الفرض الثاني: "ينتشر إدمان الحشيش بدرجة أكبر بين طلاب الكليات العلمية".

جدول (6)

يوضح نسبة الطلاب المدمنين (ذكور – إناث) بالكليات العلمية من العينة الكلية

العينة الكلية	الطلاب والطالبات المدمنين بالكليات العلمية	النسبة المئوية
22	17	%77.3

جدول (7)

يوضح نسبة الطلاب المدمنين (ذكور – إناث) بالكليات النظرية من العينة الكلية

العينة الكلية	الطلاب والطالبات المدمنين بالكليات النظرية	النسبة المئوية
22	5	%22.7

جدول (8)

يوضح نسبة إدمان الطلاب (الذكور) بالكليات العلمية من العينة الكلية

العينة الكلية	عدد الطلاب (الذكور) بالكليات العلمية	النسبة المئوية
22	12	%54.6

جدول (9)

يوضح نسبة إدمان الطالبات (الإناث) بالكليات العلمية من العينة الكلية

العينة الكلية	عدد الطالبات (الإناث) بالكليات العلمية	النسبة المئوية
22	5	%22.7

جدول (10)

يوضح نسبة إدمان الطلاب (الذكور) بالكليات النظرية من العينة الكلية

العينة الكلية	عدد الطلاب (الذكور) بالكليات النظرية	النسبة المئوية
22	4	%18.9

جدول (11)

يوضح نسبة إدمان الطالبات (الإناث) بالكليات النظرية من العينة الكلية

العينة الكلية	عدد الطالبات (الإناث) بالكليات النظرية	النسبة المئوية
22	1	%4.6

نتائج توضح تفاصيل أكثر عن مميزات عينة الدراسة:

جدول (12)

يوضح نسبة الطلاب (الذكور) المدمنين بالكليات العلمية من عدد أفراد الذكور المدمنين بالعينة الكلية

عدد الطلاب (الذكور) المدمنين بالعينة الكلية	عدد الطلاب (الذكور) المدمنين بالكليات العلمية	النسبة المئوية
16	12	%75

جدول (13)

يوضح نسبة الطالبات (الإناث) المدمنات بالكليات العلمية من عدد أفراد الإناث المدمنات بالعينة الكلية

عدد الطالبات (الإناث) المدمنات بالعينة الكلية	عدد الطالبات (الإناث) المدمنات بالكليات العلمية	النسبة المئوية
6	5	%83.3

جدول (14)

يوضح نسبة الطلاب (الذكور) المدمنين بالكليات النظرية من عدد أفراد الذكور المدمنين بالعينة الكلية

عدد الطلاب (الذكور) المدمنين بالعينة الكلية	عدد الطلاب (الذكور) المدمنين بالكليات النظرية	النسبة المئوية
16	4	%25

جدول (15)

يوضح نسبة الطالبات (الإناث) المدمنات بالكليات النظرية من عدد أفراد الإناث المدمنات بالعينة الكلية

عدد الطالبات (الإناث) المدمنات بالعينة الكلية	عدد الطالبات (الإناث) المدمنات بالكليات النظرية	النسبة المئوية
6	1	%16.8

عرض نتيجة الفرض الثالث: "داخل مجموعة الطلاب مدمني الحشيش، لا توجـد فروق ذات دلالة في درجة الاكتئاب تعزي لنوع الكلية التي يدرس بهـا الطالـب المدمن".

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:–

(داخل مجموعة الطلاب مدمني الحشيش، توجد فروق ذات دلالة في درجة الاكتئاب تعزي لنوع الكلية التي يوجد فيها الطالب)

لم توجد لهذا الفرض دلالة في الدراسات السابقة وفي هذه الدراسة أظهرت نتيجة هذا الفرض عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزي لنوع الكلية التي يدرس بها الطالب. فتتحكم في درجة الاكتئاب.

ويري الباحث أنه قد تكون هناك متغيرات أخرى لم تضمن في هذه الدراسة ولها أثرها في درجة الاكتئاب كعامل المدة الزمنية لادمـان الطالـب او الفتـرة الزمنية التي بدأ فيها الطالب تعاطي المخدرات، ونوع النشاط الأكاديمي للطالب.

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات

الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة يتضح لنا أن الإدمان هو ظاهرة قديمة امتدت لحقبة من القرون ولكن اختلفت وتعددت مواد الإدمان ومرت بأنواع مختلفة حتى وصلت إلى أكثر أنواع المخدرات فتكاً مثلاً الهيروبين والكوكايين الذي أصبح اليوم من أسلحة دمار الشعوب ... وفي السودان وحتى وقت قريب كان المخدر المعروف هو الحشيش (البنقو) لكن نجد الآن الأمر تطور حتى إلى مواد أشد تأثيراً مثل الكوكايين.

ومن خلال هذه الدراسة يتضح لنا إنتشار إدمان الحشيش وسط الطلاب وهو ظاهرة حديثة غير أنها سريعة الانتشار ويتركز تعاطي الحشيش خصوصاً دون أنواع المخدرات الأخرى بسبب تواجده بكثرة وتدني سعره مما يجعله متاحاً لجميع الطلاب.

ويتضح أيضاً دور المجموعات والأصحاب في عملية التعاطي ويسهل الاختلاط بالآخرين بتواجد الطلاب في الداخلية والجامعة ... مما يولد عملية التعاطي عن طريق التقليد أو المجاملة.

ويتضح من الدراسة ارتباط تعاطي الحشيش بتدني الحالة النفسية خصوصاً الإصابة بالاكتئاب كنتيجة لذلك بما يعطل الطالب عن مواصلة مسيرته الأكاديمية.

التوصيات:

لكل هذه الأسباب يجب اتباع بعض الخطوات للحد من ظاهرة تعاطي المخدرات بمختلف أنواعها ...

1. تكثيف الحملات الإعلامية ونشر الوعي بين الشباب والطلاب بخطورة هذه الظاهرة التي يكون الولوج إليها سهلاً والخروج صعباً.
2. تنبيه الأسرة لمراقبة أبناءها خاصة في سن المراهقة وما بعدها والتأكد من الأصحاب الذين يلازمهم أبناءها.
3. تكثيف وتنمية الجانب الروحي والعقائدي الذي فيه نجاة من كل شر مع التركيز على ضرورة المراقبة الأسرية لسلوك أبنائهم الروحي والديني ومدي التزامهم بالتعاليم الدينية.
4. قفل المنافذ والثغرات التي يأتي منها المخدر مع تشديد العقوبة على المتعاملين في المخدرات.
5. إقامة برامج ترفيهية وثقافية للطلاب تملأ عليهم وقت الفراغ الذي قد يؤدي إلى الإدمان.

المقترحات:

1. ربط علاج تعاطي المخدرات مع الرعاية الصحية والنفسية للطلاب.
2. دراسة الآثار النفسية المترتبة على عملية تعاطي المخدرات مثل الاكتئاب والربط بينهما.
3. إنشاء مراكز متخصصة لعلاج ظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات وخاصة الحشيش والتوجيه بتسليط الأعلام على ظاهرة تعاطي المخدرات ومن جوانب أسبابها والوقاية منها وعلاجها.
4. وضع برنامج علاجي ثابت للحالات التي وصلت إلى مرحلة الإدمان.
5. التنبيه إلى أعراض تعاطي المخدرات النفسية والجسدية حتى يتم اكتشافها مبكراً.

قائمة المراجع

القرآن الكريم

أولاً – المراجع باللغة العربية:–

1- البار، محمد علي (1988):
المخدرات والخطر الداهم، دار القلم، الطبعة الأولي، بيروت.

2- الزراد، فيصل محمد خير (1989):
الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السـلوكية، دار القلم، بيروت.

3- الزداد، فيصل محمد خير (1992) :
تعديل السلوك البشري،الرياض، دار المريخ مطابع المكتب المصري.

4- الشرقاوي، أنور محمد (1986):
إنحراف الأحداث، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة الأولي.

5- زهران، حامد عبد السلام (1977) :
الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب .

6- ـــــــــــــــــ(1989):
المدخل إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي، القـاهرة، دار المعارف مكتبة الأنجلو المصرية.

7- سري، إجلال محمد (2000):
علم النفس العلاجي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة.

8- عبد المعطي، حسن مصطفي (1998):
علم النفس الإكلينيكي، قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

9- أحمد عكاشة، (1998):
الطب النفسي المعاصر، مكتبة القاهرة.
10- فهمي، أحمد مصطفي (1967):
علم النفس الإكلينكي، مكتبة مصر، القاهرة.

11- فهمي، أحمد مصطفي (1979):
دراسات سايكولوجية التكيف، القاهرة، مكتبة الخانجي.
12- نافع، إبراهيم محمد (1989):
كارثة الإدمان، القاهرة ، مطبعة الأهرام.
13- نجاتي، محمد عثمان (1982):
القرآن وعلم النفس، دار الشروق، الطبعة الأولي، بيروت.
14- يسن، عطوف محمود (1990):
علم النفس العيادي (الإكلينيكي)، دار العلم للملايين.

ثانياً – المراجع باللغة الانجليزية:-

1. Theory and Practice of counseling and Therapy – ***Richard Nelson- Jones*** – London, 2001.
2. WHO Mental Health report – ***New Understanding New Hope***- France, 2001.

ثالثاً - البحوث والدراسات:-

1. **عبد الحفيظ، محمد حسن "المخدرات أنواعها وانتشارها وسبل مكافحتهـا"، بحث تكميلي لدرجة زمالة الإدارة العليا بجامعة الخرطوم، رسالة ماجسـتير غير منشورة، (1987).**
2. الماحي، ياسر عبد الرحيم بحث تكميلي للدبلوم العالي في علـم الـنفس العلاجـي بعنوان "الآثار الاجتماعية والنفسية لإدمان المخدرات"، غيـر منشـورة، جامعـة الخرطوم (1995).
3. وراق، حاتم عبد الرحمن "علاقة الاكتئاب بإدمان بعض المخدرات" رسالة ماجستير غير منشورة – جامعة الخرطوم ديسمبر (1996).
4. إسماعيل، سليمان عيسي "السمات الشخصية والخصائص الاجتماعية والاقتصـادية لشريحة مدمني المخدرات في ليبيا"، رسالة غير منشـورة، جامعـة الخرطـوم، (1997).

رابعاً - المحاضرات والصحف:-

1. محاضرة بروفيسر/ الزبير بشير طه لطلاب دبلوم علم النفس العلاجـي، دفعـة 1994م – 1995م بعنوان "الاعتماد الجسدي والنفسي للمخدرات".
2. جريدة الأهرام المصرية، 1986/11/13م، ص 8، العدد 5430 بعنوان "كارثـة المخدرات".
3. مجلة الشرق الأوسط، 1989/9/30م، ص 12، العدد 166، بعنوان "الأفيون السم الأبيض".

ملحق رقم (1)

مقياس بك المصغر

اقتباس د. محمد صلاح

د. عبد الرحمن عثمان عبد المجيد

في هذه الكراسة مجموعات من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، ثم قم بوضع دائرة حول العبارة (3،2،1،0) والتي تصـف حالتـك خـلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم.

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد مـن أنك أجبت على كل المجموعات:

1/ (0) لا أشعر بالحزن.
(1) اشعر بالحزن والكآبة.
(2) اشعر بالحزن طول الوقت ولا استطيع التخاص منه.
(3) أنا حزين لدرجة أني لا أستطيع تحمل ذلك.

2/ (0) لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
(1) لا أشعر بانه ليس هناك شئ يسر في المستقبل.
(2) اشعر بأنه ليس هناك شئ يسر في المستقبل.
(3) اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

3/ (0) لا اشعر باني شخص فاشل.
(1) اشعر باني فشلت أكثر من المعتاد.
(2) عندما أنظر إلى ما مضي من سنوات عمري فاني لا اري الا الفشل الذريع.
(3) اشعر باني شخص فاشل تماماً.

4/ (0) استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
(1) لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
(2) لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شئ في الحياة.
(3) لا استمتع اطلاقاً باي شئ في الحياة.

5/ (0) لا أشعر بأني آثم أو مذنب.
(1) أشعر بالذنب معظم الوقت.
(2) أشعر شعوراً عميقاً بالذنب معظم الوقت.
(3) أشعر بالذنب بصفة دائمة.

6/ (0) لا أشعر بأني محبط.
(1) أنا محبط.
(2) مشمئز من نفسي.
(3) أكره نفسي.

7/ (0) لسيت لدي أفكار للتخلص من حياتي.
(1) لدي ألإكار للتخلص من حياتي.
(2) سأقتل نفسي أن وجدت الفرصة.
(3) سأقتل نفسي.

8/ (0) لم أفقد اهتمامي بالناس.
(1) أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.
(2) فقدت أغلب اهتماماتي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاهم.
(3) فقدت كل اهتماماتي بالناس، ولا اهتم بهم على الاطلاق.

9/ (0) اتخذت القرارات بنفس الجودة كما تعودت ان أتخذها من قبل.
(1) توقفت عن اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه من قبل.
(2) لدي صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات أكثر مما كانت عليه من قبل.
(3) لا استطيع اتخاذ القرارات أكثر إطلاقاً.

10/ (0) لا أشعر بأني ابدو اقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل.
(1) مشغول وقلق على أني أكبر سناً وأقل جاذبية.
(2) أشعر بان هناك تغييرات مستمرة في منظري تجعلني أقل جاذبية.
(3) اعتقد بأني أبدو قبيحاً أو كريه المنظر.

11/ (0) استطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.

(1) يتطلب البدء في العمل جهداً اضافياً مني الآن.

(2) يجب على أن أدفع نفسي بقوة لا أقوم باي شئ.

(3) لا استطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

12/ (0) لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.

(1) أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد.

(2) أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريباً.

(3) في منتهي التعب والاجتهاد لدرجة تمنعني من أداء أي عمل.

13/ (0) شهيتي للأكل ليست اسوأ من المعتاد.

(1) شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.

(2) شهيتي اسوأ الآن.

(3) ليست لي شهية للأكل نهائياً.

ملحق رقم (2)

مقياس بك المصغر

بعد التعديل

<u>الجزء الأول:-</u>

1. **النوع:** ______________________________
2. **الكلية:** ______________________________
3. **السنة الدراسية:** __________________________
4. **الجامعة:** ______________________________

<u>الجزء الثاني:-</u>

في هذه الكراسة مجموعات من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، ثم قم بوضع دائرة حول العبارة (3،2،1،0) والتي تصـف حالتـك خـلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم.

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد مـن أنك أجبت على كل المجموعات:

1/ (0) لا أشعر بالحزن.
(4) اشعر بالحزن والكآبة.
(5) اشعر بالحزن طول الوقت ولا استطيع التخاص منه.
(6) أنا حزين لدرجة أني لا أستطيع تحمل ذلك.

2/ (0) لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
(4) لا أشعر بانه ليس هناك شئ يسر في المستقبل.
(5) اشعر بأنه ليس هناك شئ يسر في المستقبل.
(6) اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

3/ (0) لا اشعر باني شخص فاشل.
(4) اشعر باني فشلت أكثر من المعتاد.
(5) عندما أنظر إلى ما مضي من سنوات عمري فاني لا اري الا الفشل الذريع.
(6) اشعر باني شخص فاشل تماماً.

4/ (0) استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
(4) لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
(5) لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شئ في الحياة.
(6) لا استمتع اطلاقاً باي شئ في الحياة.

5/ (0) لا أشعر بأني آثم أو مذنب.
(4) أشعر بالذنب معظم الوقت.
(5) أشعر شعوراً عميقاً بالذنب معظم الوقت.
(6) أشعر بالذنب بصفة دائمة.

6/ (0) لا أشعر بأني محبط.
(4) أنا محبط.
(5) مشمئز من نفسي.
(6) أكره نفسي.

7/ (0) لسيت لدي أفكار للتخاص من حياتي.
(4) لدي ألإكار للتخاص من حياتي.
(5) سأقتل نفسي أن وجدت الفرصة.
(6) سأقتل نفسي.

8/ (0) لم أفقد اهتمامي بالناس.
(4) أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.
(5) فقدت أغلب اهتماماتي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاهم.
(6) فقدت كل اهتماماتي بالناس، ولا اهتم بهم على الاطلاق.

/9 (0) اتخذت القرارات بنفس الجودة كما تعودت ان أتخذها من قبل.
(4) توقفت عن اتخاذ القرارات أكثر مما تعودت عليه من قبل.
(5) لدي صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات أكثر مما كانت عليه من قبل.
(6) لا استطيع اتخاذ القرارات أكثر إطلاقاً.

/10 (0) لا أشعر بأني ابدو اقبح مما تعودت أن أكون عليه من قبل.
(4) مشغول وقلق على أني أكبر سناً وأقل جاذبية.
(5) أشعر بان هناك تغييرات مستمرة في منظري تجعلني أقل جاذبية.
(6) اعتقد بأني أبدو قبيحاً أو كريه المنظر.

/11 (0) استطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.
(4) يتطلب البدء في العمل جهداً اضافياً مني الآن.
(5) يجب على أن أدفع نفسي بقوة لا أقوم باي شئ.
(6) لا استطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

/12 (0) لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
(4) أشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد.
(5) أشعر بالتعب من أداء أي عمل تقريباً.
(6) في منتهي التعب والاجتهاد لدرجة تمنعني من أداء أي عمل.

/13 (0) شهيتي للأكل ليست اسوأ من المعتاد.
(4) شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت.
(5) شهيتي اسوأ الآن.
(6) ليست لي شهية للأكل نهائياً.